

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**ANÁLISE DA ATIVIDADE LABORAL DOS TÉCNICOS DE  
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL QUE ADOTA PROGRAMA DE  
GESTÃO HUMANIZADO: SUA INFLUÊNCIA NO  
COMPORTAMENTO ALIMENTAR**

Tese de doutorado

Raquel Kuerten de Salles

Florianópolis – Santa Catarina – Brasil

2004

**Raquel Kuerten de Salles**

**ANÁLISE DA ATIVIDADE LABORAL DOS TÉCNICOS DE  
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL QUE ADOTA PROGRAMA DE  
GESTÃO HUMANIZADO: SUA INFLUÊNCIA NO  
COMPORTAMENTO ALIMENTAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Engenharia de Produção da Universidade  
Federal de Santa Catarina como requisito para  
o título de Doutor em Engenharia de Produção.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Rossana Pacheco da Costa Proença , Dr.**

Florianópolis

2004

*Dedico este trabalho...*

**À minha mãe, Titi, pelo exemplo de mulher.**

**Às minhas filhas, Helena e Anna,  
presentes de Deus para me fazer feliz.**

**Ao meu amor, Marcelo,  
por existir.**

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Rossana Pacheco da Costa Proença, por acreditar em mim, pela amizade, orientação e entusiasmo com que enfrenta os desafios.

Às professoras componentes da banca examinadora, Rosa Wanda Diez Garcia, Eliete de Medeiros Franco, Anete Araújo de Sousa, pelas contribuições para o enriquecimento deste trabalho, e, em especial, à professora Alacoque Lorzinni Erdmann, que me “adotou”, dividindo comigo o seu saber.

Ao CNPq, pelo auxílio financeiro no doutorado-sanduiche.

À professora Madeleine Estry-Behar, pelo carinho e dedicação na orientação do doutorado-sanduiche na França. À professora France Belisle, pelas contribuições e amizade nesse período.

Aos meus colegas do Departamento de Nutrição da UFSC, pelo incentivo e apoio, em especial aos colegas da área clínica Giovanna Fiates, Sonia Maria Batista, Emília Moreira, Elizabeth Waslawik e Regina Fagundes, pelo companheirismo, uma marca da nossa equipe. Lembro ainda da colega Maria Alice de Assis, pelas angústias e alegrias repartidas quando da realização do meu estudo na França.

A toda a equipe de enfermagem das Clínicas Cirúrgicas I e II do Hospital Universitário, pela valiosa participação e contribuição neste estudo.

À amiga Lucinha, parceira de todo doutorado e de profissão, pelos momentos compartilhados, temperados com muito carinho e humor.

À minha família, que amo tanto e que vibra com as minhas conquistas. Em especial à minha amada irmã, Sara, por me cuidar tanto e me ensinar a valorizar ainda mais a vida, e à minha alma gêmea, meu irmão Ricardo, por compartilhar incondicionalmente todos os meus momentos.

Aos meus amigos do peito, pelo carinho e apoio em toda essa jornada.

Falando sobre a finitude do ser...

*Vera Radünz*

*O que sou eu? O que faço eu?*

*O que é você? O que faz você?*

*O que é ser humano?*

*Hoje somos, hoje fazemos... quantas vezes, com tão pouca qualidade!*

*Ontem talvez, não fossemos ainda...*

*Depende do que é ontem para mim e para você...*

*Amanhã, quem sabe, já não seremos mais...*

*É tão breve o espaço entre ser muito criança e o ser velho demais.*

*Tão breve...*

*No entanto, é o espaço que nos pertence, para sermos e fazermos, enquanto finitos.*

*Para uns este espaço, ou tempo de vida, pode ser bem curto.*

*Para outros, o próprio tempo parece ter rugas...*

*Outros ainda há que para si este tempo abreviam...*

*Corremos todos atrás deste tempo e já nos acostumamos a dizer que não temos tempo para viver o tempo, que é só nosso...*

*Quem sou eu? Quem é você?*

*Ambos, não importa o que nos diferencia, temos em comum o sermos finitos em nossa existência.*

## RESUMO

Este estudo analisa a influência das condições de trabalho no comportamento alimentar de profissionais de enfermagem em um hospital que adota um programa de gestão humanizado. O referencial teórico compreende temas relacionados ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), à ergonomia e ao comportamento alimentar. O Ministério da Saúde criou o PNHAH com o objetivo de promover uma cultura de atendimento humanizado na área da saúde. Foi nossa intenção avaliar o impacto do referido programa sob a ótica do trabalhador, com ênfase na alimentação. Entre os indicadores de condições do trabalho hospitalar, ressaltamos aspectos relacionados à saúde física e mental do trabalhador, condições econômicas, condições operacionais e gestão hospitalar. Adotamos uma metodologia capaz de relacionar a prática profissional, a partir da observação real, com dados oriundos da percepção dos trabalhadores, associada a ferramentas de análise das práticas alimentares, buscando-se avançar no conhecimento dos possíveis condicionantes da situação de trabalho que podem afetar o comportamento alimentar e, concomitantemente, propor um método para avaliar o impacto do PNHAH em relação ao trabalhador. A população analisada foi constituída pelos técnicos de enfermagem, por representarem o maior contingente de trabalhadores da área da saúde e a literatura apontar que esses profissionais são bastante afetados pelas condições de trabalho. Entre os condicionantes destacamos o ritmo de trabalho acelerado, a carga de trabalho, a sobrecarga emocional, as dificuldades de relacionamento interpessoais, as fracas possibilidades de carreira e ascensão profissional, a pouca valorização profissional e os baixos salários. A pesquisa foi desenvolvida na forma de estudo de caso, em uma clínica cirúrgica de um hospital universitário localizado na cidade de Florianópolis, Sul do Brasil. A pesquisa adotou como ferramenta metodológica a Análise Ergonômica do Trabalho (AET), utilizando-se os instrumentos: análise documental, entrevistas semi-estruturadas e observação direta. Os dados obtidos nas entrevistas foram tratados empregando-se a análise de conteúdo. Fizeram parte desta amostra 31 participantes voluntários. Os resultados apontaram existir alterações no comportamento alimentar dos técnicos de enfermagem. Constatamos que se alimentam mal do ponto de vista nutricional. Apresentam irregularidades nos horários das refeições, suprimem refeições, apresentam monotonia nas escolhas alimentares e beliscam com frequência. Mais da metade apresentou alterações ponderais. Acredita-se que alguns dos aspectos que podem influenciar a alimentação no trabalho são inerentes ao próprio contexto de vida em que estão inseridos: majoritariamente mulheres, donas-de-casa, duplo vínculo empregatício. Em relação às condições de trabalho, os resultados apontaram para uma sobrecarga de trabalho em função de inadequações, físicas, ambientais e organizacionais. A AET se mostrou um método capaz de avaliar o programa de gestão humanizada de forma abrangente, uma vez que possibilitou cruzar dados oriundos da percepção dos atores envolvidos com os dados provenientes da observação real da atividade, mostrando de forma concreta o impacto do programa com relação ao nosso questionamento. Considerou-se uma excelente ferramenta para auxiliar no conhecimento do comportamento alimentar no trabalho, bem como na avaliação de programas de gestão.

**Palavras-chave:** ergonomia, condições de trabalho, comportamento alimentar, trabalhadores em enfermagem, humanização hospitalar, gestão hospitalar

## ABSTRACT

This research analyzes the influence of working conditions over nursing professionals' feeding behaviors in a hospital which adopts a humanized management program. The theoretical background encompasses issues related to the National Humanized Program at Hospital Assistance (NHPHA) as well as to ergonomics and eating behavior. The Brazilian Ministry of Health created NHPHA with the objective of promoting the culture of a humanized assistance at health services. It was our intention to evaluate the impact of the aforementioned program by the worker's point-of-view, with emphasis on eating practices. Among the indicators of hospital working conditions we pointed out aspects related to the worker's physical and mental health, economical and operational conditions, as well as hospital management. We adopted a methodology capable of relating the professional practice, from real observation, with data originated from the worker's perception, associated with tools for analysis of feeding practices, aiming at increasing the knowledge about possible factors conditioning the working situation that could affect the eating behavior and, concomitantly, propose another method to evaluate the impact of the NHPHA over the worker. The population studied was formed by nursing technicians because they represent the largest number of workers at health services, and also because theoretical background confirms that these workers are heavily affected by working conditions. Among these conditions are the work's fast rhythm and schedule, the emotional pressure, difficulties in interpersonal relationships, poor career and professional opportunities, lack of professional valorization and low salaries. The research was conducted as a case study at a chirurgic clinic in a university hospital in Florianópolis, southern Brazil. The research adopted, as a methodological tool, was the Work Ergonomic Analyses (WEA), based on the following instruments: documental analysis, semi-structured interviews and direct observation. Data obtained from the interviews went through content analysis. Thirty-one voluntaries took part of the study. Results demonstrated the existence of alterations of eating behavior of the nursing technicians. We noticed that, from the nutritional point-of-view, they eat badly. Their meal schedule is irregular, they skip meals, their food choices are monotonous and nibble frequently. More than half of them presented weight alterations. It is believed that some of the aspects that may influence eating habits during work are inherent to the life context itself: mostly women, housewives, with double working contracts. As to the working conditions, the results pointed at an overload of work, due to physical, environmental and organizational non-conformities. The WEA turned out to be suitable method for evaluating the humanized management program, because it enabled the crossing of data that came from the perception of the actors involved, with the data that came from the real observation of the activity, showing in a concrete way the program's impact in relation to our questioning. It was considered as an excellent tool for the acknowledgement of eating behaviors at working places, as well as for evaluating management programs.

**Key-words:** ergonomics, working conditions, eating behavior, nursing workers, hospital humanization, hospital management.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Esquema estrutural do estudo .....	24
Figura 2: Modelo de uma situação de trabalho centrada sobre as causalidades.....	42
Figura 3: Esquema metodológico da análise ergonômica do trabalho .....	43
Figura 4: Esquema de descrição das determinantes da atividade de trabalho .....	48
Figura 5: Representação esquemática do embasamento teórico .....	67



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Definição das dimensões e respectivos indicadores referentes à análise da demanda.....	73
Quadro 2: Definição das dimensões e respectivos indicadores referentes à análise da tarefa .	74
Quadro 3: Definição das dimensões e respectivos indicadores para as variáveis referentes à análise da atividade.....	75
Quadro 4: Demonstrativo da concentração das tarefas dos técnicos de enfermagem, de acordo com o turno de trabalho. ....	103
Quadro 5: Categorias e subcategorias de análise referentes aos temas humanização e comportamento alimentar, na percepção dos técnicos de enfermagem.....	118
Quadro 6: Subcategorias relacionadas ao comportamento alimentar dos técnicos de enfermagem em casa. ....	137
Quadro 7: Descrição dos alimentos ou grupo de alimentos consumidos usualmente pelos técnicos de enfermagem em casa.....	150
Quadro 8: Subcategorias relacionadas ao comportamento alimentar dos técnicos de enfermagem no trabalho. ....	157

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Classificação do estado nutricional de adultos de acordo com o IMC* .....	77
Tabela 2: Distribuição de leitos, taxa de ocupação, média de permanência e número de internações nas clínicas de internação do HU* .....	81
Tabela 3: Classificação do e estado nutricional dos técnicos de enfermagem das Clínicas Cirúrgicas I e II.....	87

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Apresentação .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 Justificativa .....</b>	<b>17</b>
<b>1.3 Pressuposto .....</b>	<b>20</b>
<b>1.4 Objetivos .....</b>	<b>20</b>
1.4.1 Objetivo Geral .....	20
1.4.2 Objetivos Específicos .....	20
<b>1.5 Resultados Esperados .....</b>	<b>21</b>
1.5.1 Resultado Geral .....	21
1.5.2 Resultados Específicos .....	21
<b>1.6 Limitações do Estudo .....</b>	<b>22</b>
<b>1.7 Estrutura do Trabalho .....</b>	<b>23</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 O Setor Hospitalar no Brasil .....</b>	<b>25</b>
2.1.1 O Perfil Socioeconômico e Sanitário do Brasil .....	25
2.1.2 Características de Gestão das Organizações Hospitalares no Brasil .....	26
2.1.3 Características do Trabalho Hospitalar .....	27
2.1.4 O Cotidiano do Trabalho dos Técnicos de Enfermagem .....	29
<b>2.2 Gestão Humanizada em Organizações Hospitalares .....</b>	<b>31</b>
2.2.1 Falando de Humanização .....	31
2.2.2 Conceito e Considerações .....	33
2.2.3 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar .....	33
2.2.4 Política Nacional de Humanização .....	36
2.2.5 Considerações sobre a Humanização nos Hospitais .....	38
<b>2.3 Ergonomia .....</b>	<b>39</b>
2.3.1 Conceitos e Considerações Gerais .....	39
2.3.2 Análise Ergonômica do Trabalho .....	42
2.3.2.1 Análise da Demanda .....	44
2.3.2.2 Análise da Tarefa .....	45
2.3.2.3 Análise da Atividade .....	46
2.3.2.4 Diagnóstico .....	48
2.3.2.5 Caderno de Encargos de Recomendações Ergonômicas .....	49

2.3.3 Efeitos da Atividade de Trabalho Sobre a Saúde dos Técnicos de Enfermagem .....	49
2.3.4 Condições de Trabalho e a Alimentação do Trabalhador .....	53
<b>2.4 Comportamento Alimentar .....</b>	<b>56</b>
2.4.1 Conceitos e Considerações .....	56
2.4.2 As Escolhas Alimentares .....	58
2.4.3 Contexto Alimentar no Brasil.....	61
2.4.4 Aspectos Metodológicos para Avaliar o Comportamento Alimentar .....	63
<b>2.5 Conclusão do Capítulo .....</b>	<b>67</b>
<b>3 ESTUDO DE CASO: ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....</b>	<b>70</b>
<b>3.1 Procedimentos Metodológicos .....</b>	<b>70</b>
3.1.1 Caracterização do Estudo.....	70
3.1.2. População e Local.....	71
3.1.3 Seleção das Variáveis.....	72
3.1.4 Tratamento e Análise dos Dados .....	78
<b>3.2 Descrição do Estudo de Caso.....</b>	<b>79</b>
<b>3.2.1 Análise da Demanda.....</b>	<b>79</b>
3.2.1.1 Caracterização Geográfica, Histórica e Econômica.....	79
3.2.1.2 Características Organizacionais do Hospital Universitário .....	80
<b>3.2.2 Análise da Tarefa .....</b>	<b>82</b>
3.2.2.1 A Diretoria de Enfermagem.....	82
3.2.2.2 Aspectos Físicos e Ambientais das Clínicas CCR I e CCR II.....	83
3.2.2.3 Relações com o Ambiente Externo à Unidade .....	85
3.2.2.4 Características da População Estudada .....	86
3.2.2.5 Características Organizacionais .....	87
3.2.2.6 Organização do Trabalho.....	89
3.2.2.7 Capacitação e Aperfeiçoamento .....	92
3.2.2.8 Benefícios Oferecidos .....	93
<b>3.2.3 Análise da Atividade .....</b>	<b>96</b>
3.2.3.1 Local e Natureza das Atividades Realizadas pelos TE.....	96
3.2.3.2 Condicionantes Ambientais.....	97
3.2.3.2.1 Condições Térmicas, Acústicas e Lumínicas.....	97
3.2.3.2.2 Condições Biológicas .....	97
3.2.3.2.3 Condições Físicas .....	98
3.2.3.2.4 Condições de Mobiliário, Equipamentos e Materiais .....	99
3.2.3.2.5 Condicionantes Físicos e Gestuais .....	100
3.2.3.3 Condicionantes Organizacionais.....	101

<b>3.2.4 Diagnóstico.....</b>	<b>104</b>
3.2.4.1 Diagnóstico das Condições de Trabalho a Partir da AET.....	105
3.2.4.1.1 Condicionantes Ambientais.....	105
3.2.4.1.2 Condicionantes Físicos e Gestuais.....	108
3.2.4.1.3 Condicionantes Organizacionais.....	109
3.2.4.2 Percepção dos Técnicos de Enfermagem em Relação à Humanização e Comportamento Alimentar a Partir das Entrevistas.....	118
3.2.4.2.1 Sendo Técnico de Enfermagem.....	119
3.2.4.2.2 Pensando em Humanização das Condições de Trabalho.....	123
3.2.4.2.3 Comportamento Alimentar dos Técnicos de Enfermagem.....	136
3.4.3 Vendo, Ouvindo, Analisando.....	176
<b>3.2.5 Caderno de Encargo e Recomendações Ergonômicas .....</b>	<b>181</b>
3.2.5.1 Questões Ambientais .....	181
3.2.5.2 Questões Físicas e Gestuais .....	183
3.2.5.3 Questões Organizacionais .....	184
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>194</b>
<b>5.1 Aspectos Gerais .....</b>	<b>194</b>
<b>5.2 Quanto aos Procedimentos Metodológicos Utilizados e a Contribuição Científica do Estudo .....</b>	<b>199</b>
<b>5.3 As Perspectivas de Continuidade.....</b>	<b>200</b>
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>202</b>
<b>GLOSSÁRIO .....</b>	<b>216</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>218</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>247</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Apresentação

A Constituição Brasileira<sup>1</sup> estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano, sendo um dever do Estado a sua garantia. Infelizmente, embora exista amparo legal para a socialização do acesso à saúde, a realidade atual tem nos mostrado um quadro bem menos democratizado.

Nas últimas décadas a assistência à saúde tornou-se mais sofisticada, complexa, exigindo mais equipamentos, profissionais mais capacitados, o que ocasionou uma conseqüente elevação dos custos dos procedimentos. Diante da crise que vive o setor da saúde no Brasil, houve redução da receita e dos recursos humanos, refletindo em maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde para os clientes e sobrecarga de trabalho para os profissionais que atuam nessa área (CASTELAR et al., 1995; AHMG, 2001).

Essa situação tem gerado muito desgaste do ponto de vista tanto da população usuária como dos trabalhadores, que acabam sofrendo agravos físicos e emocionais por desempenhar suas funções em condições insatisfatórias. Martins (1999) salienta em seu estudo sobre qualidade de vida dos trabalhadores da enfermagem a necessidade de lutar por condições adequadas de trabalho, visando a propiciar a esses trabalhadores o desenvolvimento de suas potencialidades físicas e intelectuais, respeitando-se os princípios de segurança, higiene e ergonomia, de forma a alcançar seus direitos de cidadão.

Diante da necessidade de melhorar a qualidade do atendimento prestado nos hospitais públicos, bem como as condições de trabalho nos hospitais, o Ministério da Saúde criou em junho de 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Seu objetivo mais amplo é a promoção de uma cultura de atendimento humanizado na área da saúde (Ministério da Saúde – PNHAH).

Certamente que, para alcançar tal objetivo, é necessário pensar na qualidade da assistência e, conseqüentemente, no sujeito hospitalizado. Requer refletir acerca da qualificação dos profissionais, da qualidade e disponibilidade de materiais e equipamentos, do

---

<sup>1</sup> BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de correspondentes e dá outras providências.

compromisso pessoal e profissional com os elementos envolvidos, das condições em que esse trabalho se desenvolve, entre tantos outros aspectos.

Paradoxalmente, em instituições hospitalares, onde a finalidade maior é a promoção da saúde, normalmente as questões relacionadas com a saúde do trabalhador são relegadas e, muitas vezes, espoliadas pelo próprio serviço (RABELO et al., 2002).

Muitos estudos têm mostrado os agravos que os profissionais que trabalham em hospitais estão submetidos, geralmente relacionados com as exigências físicas, mentais e psíquicas da atividade. Entre esses trabalhadores destacamos a categoria dos técnicos de enfermagem, que representam um dos maiores contingentes de trabalhadores das organizações hospitalares (ESTRYN-BEHAR et al., 1989).

Segundo Pereira (2000), atualmente o hospital como espaço laborioso vem constituindo-se numa verdadeira armadilha para os profissionais das equipes de enfermagem, entendendo-se que seu processo de trabalho cotidiano é indiscutivelmente danoso.

A enfermagem representa o maior contingente de trabalhadores da área da saúde, com 55%. O Brasil tem o quinto lugar no *ranking* da força de trabalho internacional. São 800 mil profissionais inscritos no Conselho Federal, 23.160 mil em Santa Catarina. Os técnicos e auxiliares de enfermagem representam aproximadamente 82% dos profissionais (COFEN, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (1985) incluiu a enfermagem entre as categorias profissionais de maior risco para desenvolver doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho, por realizarem tarefas consideradas penosas.

O trabalho realizado pelos técnicos de enfermagem nas unidades de internações geralmente impõe uma sobrecarga de trabalho. Tal situação coloca essa categoria profissional entre as que apresentam maior estresse (CANDEIAS et al., 1992; PITA, 1994; ALVES; JOUCLAS, 1997; SILVA et al., 1998; ROCHA, 1999).

Uma pesquisa com 74 técnicos de enfermagem em hospitais brasileiros mostrou que os riscos e perigos inerentes às tarefas desses profissionais são exacerbados ainda por outras variáveis sociais: más condições gerais de vida (baixos salários, residência longe do local de trabalho, transporte difícil, alimentação deficiente, etc.); perfil de gênero da categoria, (90% dos trabalhadores são mulheres, submetidas à dupla jornada de trabalho: no lar e no hospital); grau de escolaridade baixo (pouco conhecimento dos fatores de risco e formas de prevenção, pouca capacidade para reivindicar e se organizar); condições precárias do ambiente físico do

trabalho; falta de equipamentos e materiais; falta de assistência de saúde; sobrecarga de trabalho (equipes reduzidas) (SIQUEIRA et al., 1995).

A visão de Wisner (1987) de condições trabalho é bastante abrangente e engloba todos os aspectos que possam influenciar o próprio trabalho. Dessa forma, leva em consideração, além do posto de trabalho, as variáveis sociais. Considera as relações entre produção e salário, a duração da jornada de trabalho, o horário de trabalho, a alimentação do trabalhador, os serviços médicos disponíveis, o transporte, entre outras variáveis.

Em algumas organizações o trabalhador tem sido vítima do seu próprio trabalho, por apresentarem condições adversas para executar sua atividade. Isso não significa considerar o trabalho, *a priori*, como fonte de sofrimento. Ao contrário, acreditamos, como bem destaca Dejours (1999), que é através dele que o indivíduo se constitui como sujeito, afirmando sua identidade e seu desejo de ser reconhecido socialmente.

Os preceitos da Ergonomia têm buscado contribuir na melhoria das condições de trabalho visando a adaptar o ambiente de trabalho ao homem, tornando a atividade mais saudável, produtiva e completa (LAVILLE, 1977).

Garcia (1999) adverte que o modo de vida urbana pode se refletir nos hábitos e a saúde do trabalhador. As condições de trabalho, muitas vezes, se refletem, entre outros aspectos, no modo de comer e de relacionar-se com a alimentação, podendo provocar alterações no padrão alimentar.

Dessa forma, deve-se identificar as possíveis alterações e seus determinantes, e buscar junto às instituições mecanismos que promovam uma alimentação saudável no trabalho. Boog (1997) afirma que a responsabilidade social da nutrição inclui a redução da morbidade e mortalidade. Destaca que hábitos alimentares saudáveis promovem a melhoria do estado nutricional. Outro aspecto importante a ressaltar é que o ato alimentar não satisfaz apenas a necessidade biológica, mas preenche também funções simbólicas e sociais.

Existem poucas pesquisas relacionando condições de trabalho com alimentação e estado nutricional do trabalhador. Alguns estudos analisando a relação entre trabalho e questões nutricionais conseguiram demonstrar a influência da atividade no comportamento alimentar e performance do trabalhador bem como no seu estado nutricional (BARROS, 1989; WADA, 1993; ELL et al. 1998; GRANDJEAN, 1998; REIS, 1998; ASSIS, 1999; MATOS, 2000; SGNAOLIN, 1998). Quando o universo da pesquisa relacionou-se com os profissionais da área da saúde, o número de estudos por nós encontrado reduziu-se ainda mais



(ESTRYN-BEHAR; POINSIGNON, 1989; NIEDHAMMER et al., 1996; ESCOBAR et al., 1997; ROCHA, 1999; SALLES et al., 2001).

As categorias de análise, condições de trabalho, modelo de gestão humanizado e comportamento alimentar foram utilizadas nesta pesquisa buscando identificar condicionantes que poderiam interferir no comportamento alimentar e no estado nutricional dos trabalhadores.

Dentro do contexto apresentado anteriormente, a pergunta de partida que norteou este estudo pode ser assim delineada:

***Que aspectos emergem das condições de trabalho dos técnicos de enfermagem que possuem relação com o comportamento alimentar em um hospital que adota um programa de gestão humanizado?***

## **1.2 Justificativa**

No Brasil, os gastos com saúde são pouco expressivos, especialmente quando comparados com os de outros países desenvolvidos. No ano de 2000 esse gasto foi equivalente a 1,87% em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), de acordo com a rede intergerencial de informações para a saúde. Em países desenvolvidos, a política de saúde tem geralmente um lugar privilegiado nas diretrizes governamentais. A França, por exemplo, ocupa o primeiro lugar da União Européia em investimento em saúde, o qual representou em 1999 um percentual de 9,5% do PIB (SOUSA, 2001).

Embora a Europa seja reconhecida pelo seu investimento em saúde, as mudanças sociais e econômicas que vêm ocorrendo têm mostrado seus reflexos nos mais diferentes segmentos da sociedade. Tem sido preocupante em toda a Europa a partida prematura dos profissionais da enfermagem de seus postos de trabalho. A pesquisa européia Next Early Exit Study (NEXT), num esforço conjunto de dez países, busca a partir da aplicação de aproximadamente 60 mil inquéritos, em estabelecimentos públicos e privados de saúde, identificar os motivos dessa evasão precoce, visando a subsidiar soluções para esse fenômeno (ESTRYN-BEHAR; CAILLARDE, 2002).

Várias pesquisas têm demonstrado que entre 25% a 40% do pessoal da enfermagem na França são acometidos pelo *burn out*, doença profissional caracterizada pelo esgotamento

emocional, perda da qualidade no relacionamento com os outros e o desapontamento com a profissão (DELMOTTE, 2003).

Os problemas pertinentes à enfermagem parecem ser um fenômeno mundial, que atinge tanto países desenvolvidos como em desenvolvimento. Um estudo comparando as condições de trabalho dos enfermeiros no Brasil e na Alemanha mostrou um nível de insatisfação muito semelhante. Embora as condições de trabalho apresentassem diferenças significativas, ambos relataram sobrecarga de trabalho. De acordo com os autores, provavelmente a enfermagem alemã jamais se submeteria a trabalhar em condições tão adversas quanto à vivida pela enfermagem no Brasil (CUNHA *apud* GONZÁLES; BECK, 2002).

As condições de trabalho as quais está exposta essa categoria têm demonstrado influenciar no seu comportamento bem como na sua saúde. Em relação ao comportamento alimentar, um estudo realizado com enfermeiras francesas mostrou alterações quando comparado com a alimentação habitual da população. Foi observada supressão de refeições, alterações na dieta tradicional, hábito de beliscar, rapidez no ato alimentar, etc. Foi possível constatar também alterações no estado nutricional desses profissionais. O índice de obesidade encontrado foi de 16% (ESTRYN-BEHAR; POINSIGNON, 1989). Em outro estudo longitudinal, Niedhammer et al. (1996) observaram em uma amostra de 469 enfermeiras um ganho de peso progressivo acima de 7 kg em 5 anos de acompanhamento, especialmente para aquelas expostas ao trabalho noturno.

De acordo com Garcia (1999), as condições de vida geradas nos centros urbanos refletem em muitos aspectos do comportamento humano, influenciando no modo de comer dos indivíduos e na forma de relacionar-se com a alimentação. Essas alterações provocam mudanças no padrão alimentar. Dessa forma, a autora afirma que o ritual da alimentação está sendo profundamente abreviado, atingindo de maneira linear todas as suas fases, da preparação ao consumo.

A relação entre a alimentação e seus reflexos na saúde dos indivíduos vem sendo valorizada há anos pela ciência da nutrição, que procura, por meio da indicação de uma alimentação mais equilibrada, individual ou coletiva, promover a saúde, retardando ou evitando o aparecimento de doenças (KRAUSE, 1991).

É fundamental observarmos que as mudanças na alimentação que vêm ocorrendo de forma globalizada estão fortemente relacionadas com o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Uma vez que a alimentação tem forte influência no adoecimento das

peessoas, o conhecimento acerca do comportamento alimentar dos trabalhadores pode contribuir para melhorar a saúde e reduzir os riscos de doenças, além de garantir melhor performance no trabalho (ONU, 2002).

Muitas pesquisas têm demonstrado os riscos relacionados às condições de trabalho com os profissionais da enfermagem. Entretanto, pouco se tem valorizado a respeito do impacto que o trabalho pode gerar em relação ao comportamento alimentar desses profissionais. Esse tema pouco explorado, contudo, se enche de magnitude quando constatamos, a partir da literatura, as modificações que vêm ocorrendo no comportamento alimentar contemporâneo, bem como na ênfase que a alimentação tem recebido pela comunidade científica pelo importante papel que exerce na prevenção de doenças.

Observou-se, ainda, que as pesquisas que buscam conhecer o comportamento alimentar dos trabalhadores, geralmente, apresentam dificuldades metodológicas, das quais destacamos a desconsideração das variáveis inerentes aos condicionantes da atividade e a generalização dos resultados e da discussão, normalmente limitados aos dados obtidos a partir unicamente dos inquéritos alimentares.

Como bem destacam Poulain e Proença (2003), a alimentação é um fenômeno complexo, onde vários aspectos devem ser considerados biológicos, psicológicos e sociais, não sendo assim uma tarefa simples. Conforme os autores, a associação das ciências sociais tem auxiliado cada vez mais a subsidiar a compreensão do comportamento alimentar.

Buscar metodologias que se complementem para avaliar uma situação real de trabalho e suas possíveis repercussões na saúde dos trabalhadores foi nossa mola propulsora. Dessa forma, a partir da utilização da pesquisa qualitativa, usando como método a análise ergonômica do trabalho (AET), o presente estudo buscou avaliar o programa de gestão humanizada mediante a observação real da atividade dos técnicos de enfermagem e entrevistas em profundidade aplicadas a esses trabalhadores. Com essas ferramentas, procurou evidenciar o impacto do programa de humanização no comportamento alimentar dos técnicos de enfermagem.

Dadas a inexistência de trabalhos anteriores utilizando a AET como método de avaliação do programa de gestão humanizado e a deficiência de publicações que abordem a influência das condições de trabalho no comportamento alimentar entre os profissionais da saúde, ficam caracterizados, assim, os critérios de originalidade, relevância e não-trivialidade deste estudo.

Destaca-se, ainda, a contribuição que o doutorado-sanduiche nos propiciou. Após a coleta de dados no Brasil, o mesmo foi desenvolvido na França, na unidade de Medicina do Trabalho do Hôtel Dieu, em Paris, onde tivemos a oportunidade de vivenciar uma experiência relacionada às condições de trabalho entre as equipes de enfermagem francesas.

Em função da nossa participação numa pesquisa nacional francesa sobre evasão precoce desses profissionais, assim como no desenvolvimento de uma análise ergonômica em uma unidade de internação, sob orientação da grande ergonomista Madeleine Estryn-Behar, foi possível traçar alguns paralelos entre as realidades e enriquecer a discussão do nosso estudo de caso.

### **1.3 Pressuposto**

O pressuposto básico que norteou a pesquisa consiste na seguinte afirmação:

***O programa de gestão humanizado no serviço hospitalar valoriza os condicionantes relacionados às condições de trabalho, refletindo positivamente no comportamento alimentar dos técnicos de enfermagem.***

### **1.4 Objetivos**

#### **1.4.1 Objetivo Geral**

Analisar as condições de trabalho e o comportamento alimentar dos técnicos de enfermagem de uma clínica cirúrgica em um hospital público que adota um programa de gestão humanizado.

#### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Avaliar as condições de trabalho utilizando a metodologia da análise ergonômica do trabalho (AET), em relação aos condicionantes ambientais, organizacionais, físicos e gestuais.

- Identificar o comportamento alimentar dos técnicos de enfermagem durante a sua atividade laboral nesse hospital e em casa.
- Conhecer a percepção dos técnicos de enfermagem em relação à humanização das condições de trabalho, com ênfase nas condições para alimentação.
- Formular recomendações que possam melhorar as condições de trabalho, refletindo positivamente na alimentação do trabalhador.

## **1.5 Resultados Esperados**

### **1.5.1 Resultado Geral**

Com o desenvolvimento da pesquisa, espera-se formular recomendações que visem a contribuir na elaboração de estratégias que possam auxiliar na humanização do ambiente de trabalho e refletir, dessa forma, na saúde do trabalhador.

### **1.5.2 Resultados Específicos**

- Contribuir para a produção do conhecimento científico da ergonomia, no que se refere à análise de uma situação de trabalho com ênfase no comportamento alimentar.
- Colaborar na elaboração de estratégias que assegurem melhores condições de trabalho, buscando valorizar a alimentação como forma de prevenção de doenças.
- Estimular os técnicos de enfermagem a assegurar seus direitos nas questões relativas à alimentação no trabalho.
- Divulgar os resultados da pesquisa junto às instituições de formação da equipe de enfermagem e entidades representativas da categoria, além de divulgação em revistas especializadas e eventos científicos.
- Contribuir para a ampliação dos conhecimentos do tema abordado, abrindo espaço para novas pesquisas nas áreas de Ergonomia e Nutrição.

## 1.6 Limitações do Estudo

Por ser um estudo de caso, esta é uma investigação que se restringe ao local específico da pesquisa. Apesar das semelhanças com os setores de internação de outros hospitais, não se pode generalizar seus dados. Entretanto, a metodologia aplicada nesta tese pode ser reaplicada a outras situações de trabalho com características similares.

Consideramos uma limitação deste estudo o desconhecimento dos trabalhadores em relação ao programa de humanização (PNHAH) desenvolvido na instituição. Esse fato exigiu que o pesquisador fizesse um esclarecimento prévio sobre o programa aos entrevistados. A falta de informação pode contribuir para um olhar menos crítico, expondo por vezes o entrevistado a dúvidas e constrangimentos.

Para a obtenção dos dados em relação a comportamento alimentar e humanização das condições de trabalho, utilizaram-se entrevistas individuais com os sujeitos. Minayo (1993) coloca que a entrevista como técnica de coleta de informações contempla uma série de questões, que vão desde a fidedignidade do informante ao lugar social do pesquisador. Ressalta que na pesquisa qualitativa o envolvimento dos atores “entrevistado e entrevistador” é visto como fundamental no aprofundamento de uma relação. Dessa forma, o ato da entrevista contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências e a linguagem do senso comum. Esses aspectos são considerados condição *sine qua non* no êxito da pesquisa.

Embora o pesquisador tenha se preparado para essa etapa, buscando fazer vínculos com os entrevistados, foi possível perceber em determinados momentos hesitação e receio por parte do entrevistado em revelar a sua opinião, o que pode ter comprometido a veracidade e o aprofundamento de algumas questões. Consideramos que algumas medidas contribuíram na realização das entrevistas, das quais destacamos: realizar as entrevistas próximo ao posto de trabalho e durante a jornada de trabalho; sensibilizar os entrevistados; garantir o anonimato e sigilo sobre a autoria das respostas; e esclarecer todas as dúvidas.

Essa limitação pode estar atrelada, como coloca Minayo (1993), a uma situação de desigualdade entre os atores, que podem ser vistos de vários ângulos: não é o entrevistado que toma a iniciativa; os objetivos reais da pesquisa lhe são estranhos; há pouca chance de tomar iniciativas; é o entrevistador que concede a palavra; medo de represália, etc.

## **1.7 Estrutura do Trabalho**

O primeiro capítulo faz uma apresentação geral do problema, a pergunta de partida, as justificativas acerca da relevância do trabalho, culminando com o pressuposto. São abordados ainda os objetivos, resultados esperados, limitações do estudo e definições de termos.

O segundo capítulo apresenta o marco teórico pertinente ao tema estudado, abordando o setor hospitalar no Brasil, ergonomia e comportamento alimentar, buscando fazer uma síntese dos conceitos que orientaram esta tese.

Faz parte do terceiro capítulo toda a descrição da pesquisa. Esta etapa passa pela caracterização do estudo, modelo de análise e aplicação da metodologia proposta em forma de estudo de caso. Esta etapa culmina com o diagnóstico da situação analisada, bem como com o caderno de encargos.

O quarto capítulo faz um breve relato sobre a experiência vivenciada no período do doutorado-sanduíche realizado na França.

No quinto e último capítulo, apresentamos as conclusões finais do estudo e fazemos recomendações para trabalhos futuros, sugerindo novas abordagens e enfoques para serem explorados nessa temática. Na sequência, apresentamos as referências bibliográficas, os anexos e apêndices.

Na Figura 1, é apresentada uma visão esquemática de como se estrutura este estudo.

## ESQUEMA DA PESQUISA

### Pergunta de partida

Que aspectos emergem das condições de trabalho dos técnicos de enfermagem que possuem relação com o comportamento alimentar em um hospital que adota um programa de gestão humanizado?



### Referencial Teórico

Setor Hospitalar no Brasil e Modelo de Gestão Hospitalar  
Trabalho Hospitalar dos Técnicos de Enfermagem e Efeitos da Atividade na Saúde  
Ergonomia e Alimentação do Trabalhador  
Comportamento Alimentar e Aspectos Metodológicos da Alimentação



### Como Tratar o Problema

Pesquisa Qualitativa/AET/Estudo de Caso  
Alvo: Técnicos de Enfermagem de um Hospital que  
Utiliza Programa de Gestão Humanizado



Formular recomendações que contribuam na elaboração de estratégias para humanização do ambiente de trabalho buscando refletir numa alimentação adequada para os técnicos de enfermagem

Figura 1: Esquema estrutural do estudo



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O Setor Hospitalar no Brasil

#### 2.1.1 O Perfil Socioeconômico e Sanitário do Brasil

O Brasil é um país de dimensões continentais cuja principal característica é a enorme desigualdade social, no que diz respeito à renda, às condições ambientais e ao acesso aos direitos mais elementares do cidadão, como saúde, educação, moradia e transporte.

Grandes transformações ocorreram nos últimos 30 anos. Um ritmo acelerado de urbanização, aliado a um processo de intensa industrialização, fez emergir nos grandes centros urbanos um perfil epidemiológico compatível com esse processo: por um lado, o crescimento das doenças crônico-degenerativas; e, de outro lado, a persistência nas taxas de doenças infectocontagiosas. A ausência de políticas e de incentivo governamental a programas de prevenção e controle de doenças e endemias fez ressurgirem doenças que pareciam estar sob controle, como, dengue, febre amarela, tuberculose, malária, entre outras (CASTELAR et al., 1995).

É possível perceber nas taxas de mortalidade um padrão misto de doenças que refletem a estrutura social do país: de um lado, as doenças típicas de países industrializados, como as do aparelho circulatório, que representam a primeira causa de morte no Brasil, seguida pelas neoplasias e mortes por causas externas (violências e acidentes), que juntas representaram 60% dos óbitos no país em 1998; por outro lado, as doenças infectocontagiosas, que assolam os países subdesenvolvidos, ocupando o quinto lugar em causa de óbitos (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

O envelhecimento da população tem exigido que os serviços de saúde se equipem para atender a um aumento significativo da demanda relacionada às doenças crônico-degenerativas, sem que tenhamos superado as chamadas doenças da pobreza. Ressalta-se a importância no alargamento das competências para atender a esse padrão misto de morbimortalidade. Esses aspectos exigem do setor da saúde ajustes na sua forma de atuação, sendo fundamental uma melhor definição de papéis nos diferentes níveis de atenção à saúde, buscando oferecer um serviço de saúde de melhor qualidade, tanto para os profissionais como para os usuários.

Paralelamente, o país enfrenta um período de crise, com escassez de recursos financeiros, que se torna mais dramático ante as aceleradas transformações tecnológicas e a crescente demanda de melhores produtos e serviços. O sistema de saúde tenta reverter uma situação caracterizada pelo “hospitalocentrismo”, para uma outra forma, em que o hospital deixe de ser o principal provedor de cuidados de saúde (CASTELAR et al., 1995).

Hoje os hospitais brasileiros enfrentam o grave problema da ampliação da demanda social, aliada à magnitude da recessão econômica e da progressiva carência quantitativa e qualitativa de recursos humanos. Enquanto no Brasil o investimento em saúde representou, no ano de 1995, 3,2% do Produto Interno Bruto (PIB), em outros países, esses investimentos foram bem mais expressivos: 7,7% na França, 5,8% na Espanha, 5,7% na Inglaterra, 6,6% nos EUA (PIOLA et al., 2000).

Certamente, todas as questões anteriormente abordadas apontam para um momento marcado por profundas mudanças ambientais. Segundo Pereira (2000), estamos vivendo um tipo de turbulência ambiental, resultante de uma série de fatores sociais, políticos, técnicos, mudanças de mercado, entre outros, que é diferente de qualquer experiência anterior na história. Dessa forma, a sobrevivência das organizações hospitalares depende de maiores investimentos e de novas políticas no setor da saúde.

### **2.1.2 Características de Gestão das Organizações Hospitalares no Brasil**

A Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada em 1565 por padres jesuítas, é considerada o primeiro hospital brasileiro. Seu modelo de gestão estava baseado na proposta dos hospitais europeus, onde a principal missão estava voltada para a atividade religiosa. Eram lugares que recebiam os pobres à beira da morte, a quem se deveria dar os últimos cuidados e o último sacramento. As práticas hospitalares estavam relacionadas à salvação eterna (CASTELAR et al., 1995).

Com o passar dos anos, os hospitais foram assumindo o papel da cura dos doentes. As irmandades foram abandonando o gerenciamento, dando lugar ao poder médico e às lideranças políticas. Paralelamente, foi ocorrendo modernização da medicina e incorporação de tecnologias, e novas relações de trabalho foram concebidas no espaço hospitalar, para dar conta dos avanços técnicos da medicina.

Hoje os hospitais são organizações cuja finalidade básica é o atendimento assistencial em regime de internação, podendo prestar atendimento ambulatorial. As atividades que lhe são pertinentes incluem as de prevenção, terapêutica, reabilitação, ensino e pesquisa (CASTELAR et al., 1995).

Em virtude da ausência de um modelo assistencial de base epidemiológica, os hospitais representam a mais complexa organização de saúde. São estruturas com alto grau de especialização e contam com um corpo técnico bastante qualificado e diversificado, que busca, mediante divisão de papéis, dar conta de operacionalizar toda a estrutura organizacional (CECÍLIO, 1997).

A falta de uma política mais global de planejamento em saúde levou a assistência hospitalar pública a entrar numa crise sem precedentes. O modelo assistencial hospitalocêntrico, de cunho essencialmente curativo, agravou o estado de sucateamento da estrutura física dos hospitais e gerou o desestímulo dos profissionais que lá trabalham (CASTELAR, 1995).

Essa situação tem gerado dentro das unidades hospitalares reflexos em todos os atores sociais envolvidos. Tanto os clientes como os trabalhadores sofrem o impacto de condições ambientais geralmente adversas para uma boa prestação dos serviços. Assim, o governo tem buscado atenuar os problemas de gestão, com programas que possam contribuir no atendimento hospitalar.

### **2.1.3 Características do Trabalho Hospitalar**

A organização hospitalar se caracteriza em função do trabalho coletivo, 24 horas, cuidando de pessoas doentes em situação de sofrimento. As demandas e as necessidades dos clientes não podem ser adiadas, e o atendimento exige um tratamento personalizado. O trabalho hospitalar apresenta complexidade técnica e gerencial, que exige uma integração efetiva entre os diversos setores e serviços, objetivando cumprir sua missão (ALVES; JOUCLAS, 1997).

Existe consenso de que as instituições de saúde vivem um momento de crise. São carências de recursos humanos e materiais, associadas a precárias condições organizacionais, que por vezes põem em risco o desempenho dos profissionais (LUNARDI et al., 2000).

Hoje um grande contingente de trabalhadores de hospitais desenvolve sua atividade laboral em condições adversas. Para este estudo considerou-se “condição de trabalho tudo que influencia o próprio trabalho, como as relações de produção e salário, jornada de trabalho, horário, alimentação, direito ao serviço médico, condições ambientais e físicas [...] e transporte” (WISNER, 1987, p. 12).

Os recursos humanos dentro das organizações exercem um papel fundamental. O conhecimento e a técnica dos trabalhadores no ambiente hospitalar são verdadeiros instrumentos tecnológicos, de igual ou maior importância que os equipamentos e os materiais. O processo de trabalho é fragmentado, uma vez que cada profissional tem as suas especificidades e atribuições; por outro lado, é altamente integrado, uma vez que o sucesso na prestação do serviço depende do conjunto das ações (PITTA, 1994).

Em uma visão mais direcionada para as questões ergonômicas, sabemos que vários aspectos são passíveis de mudanças, buscando-se prevenir, erradicar ou minimizar os problemas relacionados às condições de trabalho. Porém, o tipo de atividade hospitalar em si oferece uma infinidade de circunstâncias imprevisíveis, que muitas vezes exigem do trabalhador adaptação nos procedimentos. Conforme ressaltam Falk e Carvalho (1999, p. 169),

[...] no hospital não há rotina padronizada de eventos ao qual cada cliente possa participar. Tudo que acontece num hospital depende do cliente, sua condição física existente, idade e sexo [...], o que é comum a todos é a variação do tratamento. Cada cliente é único, uma vez que cada pessoa é única em termos físicos, emocionais e culturais.

Siqueira (1995) aponta como fatores de desgaste para os trabalhadores hospitalares: carga mental, decorrente de memorização complexa; parcelamento do trabalho e esclarecimentos insuficientes e carga psíquica, decorrente de pressão da concentração de trabalho e pressão das mudanças nas condições de risco do paciente e do confronto com o sofrimento.

Diante de características tão peculiares e desgastantes, construir um modelo de gestão que assegure tanto uma produção qualificada de saúde quanto a realização dos trabalhadores de hospitais tem sido um grande desafio (CAMPOS, 1998).

### **2.1.4 O Cotidiano do Trabalho dos Técnicos de Enfermagem**

Os recursos humanos nas instituições hospitalares são caracterizados pelas mais diversas profissões, com os mais variados níveis de formação. A escolha dos técnicos de enfermagem como objeto deste estudo justifica-se pelo grande contingente que representam e pelo importante papel que eles desempenham no cuidado direto ao paciente.

O trabalho de atender os pacientes corresponde à atividade-fim do serviço de enfermagem de um hospital. É grande a responsabilidade desse serviço, haja vista que os cuidados gerais com os pacientes devem ser livres de imperícia, negligência ou imprudência, buscando garantir a promoção, a proteção, a recuperação da saúde e a reabilitação das pessoas, com respeito aos preceitos éticos e legais.

Na equipe de enfermagem existem três níveis de formação profissional: os auxiliares de enfermagem, que possuem nível de formação fundamental e médio, os técnicos de enfermagem, cujo nível de exigência é o ensino médio completo (chamados cursos profissionalizantes), e os enfermeiros, que são os profissionais com formação de nível superior.

De acordo com o nível de formação, cada uma das categorias dos profissionais da enfermagem tem as suas atribuições. As atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem são definidas pela Lei 7.498/86, nos artigos 12 e 15, e regulamentadas pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, nos artigos 10 e 11, que dispõem sobre o exercício dos profissionais de enfermagem, e pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN 160/93 – Anexo A).

Entretanto, a absorção de trabalhadores sem a habilitação profissional necessária pelo setor da saúde constitui hoje uma grande preocupação. Aproximadamente 60% da equipe de enfermagem em Santa Catarina no ano de 1997 não se encontrava habilitada para exercer a função, além de ocorrer desvio de função. Diante dessa problemática criou-se o Projeto Auxiliar de Enfermagem da UFSC, promovido pelos Departamentos de Enfermagem e de Saúde Pública, em parceria com outras instituições, visando a qualificar a mão-de-obra da enfermagem (HARR et al., 1997).

As atividades atribuídas aos técnicos de enfermagem nas unidades hospitalares são de grande responsabilidade. Entre as principais atribuições, ressaltam-se: participar da passagem de plantão; ministrar medicamentos e controlar os estoques de medicamentos; obter sinais

vitais; fazer procedimentos como curativos, tapotagem, controle de diurese, lavagem intestinal, nebulizações; auxiliar nos cuidados pessoais; executar e checar as prescrições médicas; acompanhar o paciente para exames; realizar cuidados pós-morte, entre outros (COFEN/CORENs 160/93).

A imagem atual dos trabalhadores da enfermagem está ligada à própria evolução histórica do trabalho em enfermagem, a qual sempre esteve relacionada aos valores cristãos de fraternidade e caridade como forma de salvação da alma. Embora tenha ocorrido uma progressiva profissionalização do serviço de enfermagem, sua imagem persistiu vinculada a valores como bondade e humanismo (SIQUEIRA et al., 1995).

Esse sentimento de obrigatoriedade de cuidar do outro, um ser pelo mundo, fonte inesgotável de bondade e doação, gerou um conflito em relação à não-valorização da categoria profissional. Segundo Estryng-Behar e Poinignon (1989), essa característica carital dos hospitais ainda exerce forte pressão no consciente coletivo, tanto dos usuários como dos trabalhadores, segundo o qual cuidar de doentes representa uma atividade que exige sacrifícios e resignação.

Observou-se na pesquisa de Shimizu e Ciampone (1999) que, de acordo com as representações dos enfermeiros, a maioria dos pacientes não atribui valor ao trabalho realizado pela equipe de enfermagem, atribuindo toda a gratidão aos médicos.

Para Pitta (1994), o mesmo trabalho que produz sofrimento também é capaz de produzir satisfação e prazer através de mecanismos sublimatórios, quando as tarefas são socialmente valorizadas. No entanto, conforme a autora, a maioria das equipes de enfermagem não se sente valorizada nos hospitais. O valor social do trabalho é uma questão discutida por Gonzáles (1998) e Beneri et al. (2001). Afirmam que a enfermagem gostaria de ver seu trabalho reconhecido. Na prática isso não ocorre porque os baixos salários expressam objetivamente a desvalorização de uma categoria que ainda traz consigo o legado da submissão, abnegação, caridade e vocação para cuidar do próximo.

A insatisfação no trabalho foi bem demonstrada por Aiken et al. (2001) em uma pesquisa de grande impacto realizada com 43 mil enfermeiras em mais de 700 hospitais localizados em vários países, quais sejam: Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Escócia e Alemanha. Entre as profissionais mais insatisfeitas com a profissão, destacam-se as americanas, com um percentual de 40%.

Em uma pesquisa realizada por Matos (1999) com 102 técnicos e auxiliares de enfermagem em um hospital universitário brasileiro, foram apontados como aspectos negativos da profissão: baixa remuneração (72%); pouca valorização profissional (35%); e desgaste físico e mental (35%).

Em estudo realizado por Silva et al. (1998) sobre a rotatividade nas equipes de enfermagem brasileiras, o principal motivo alegado pelos demissionários foi o baixo salário, seguido pela insatisfação com as condições de trabalho.

Em outro estudo de grande magnitude, PRESST-NEXT, desenvolvido em hospitais franceses com 5.346 profissionais da enfermagem, 41,4% admitiram insatisfação com as condições físicas do trabalho, 37,4% estão insatisfeitos com as perspectivas profissionais, e 45% da equipe já pensou em sair da profissão – aproximadamente 8% da amostra pensa nisso diariamente (ESTRYN-BEHAR et al., 2002)

## **2.2 Gestão Humanizada em Organizações Hospitalares**

### **2.2.1 Falando de Humanização**

O ofício de lidar com a dor, a perda, o sofrimento e a morte sempre esteve ligado aos emblemas mais fortes de valor humano. Da Antigüidade até o final do século XVIII a medicina apresentava ligações com a religião, a filosofia e a física. A partir desse período, sob a hegemonia da ciência positivista, foi tornando-se uma prática cada vez mais técnica e menos humanista (NOGUEIRA-MARTINS, 2003).

Transformações importantes ocorreram nos hospitais. O uso da disciplina como dispositivo de organização do coletivo buscou adequar as diferenças, padronizando comportamentos que, se, por um lado, permitiram aumentar o alcance das ações, por outro, foram engendrando situações de conflito e violência dentro da instituição. A violência institucional é decorrente de relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos, desde o modo de funcionamento calcado no controle, na alienação e no não-reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais. É nesse meio que a angústia represada

vem à tona, tanto para quem adoece quanto para quem cuida (NOGUEIRA-MARTINS, 2003).

Hoje, toda a sociedade luta por mais justiça e busca a preservação dos seus direitos fundamentais, dos quais destacamos a dignidade e o valor da pessoa humana. A humanização surge na forma de um movimento que busca valorizar as singularidades do paciente e do trabalhador, criando espaços de fala e escuta.

Diante do acelerado processo de desenvolvimento tecnológico na área da saúde, a singularidade do paciente – emoções, crenças e valores – ficou em segundo plano; sua doença passou a ser objeto do saber reconhecido cientificamente e a assistência se desumanizou (NOGUEIRA-MARTINS, 2003).

Ao longo dos últimos anos houve um grande número de iniciativas de humanização nos hospitais. Isso demonstra que essa necessidade de mudança na forma de gerir a relação entre usuário e profissional de saúde e na forma de gerir a própria instituição de saúde vem sendo amplamente reconhecida. No entanto, todas as iniciativas encontradas são isoladas, uma vez que, pelo próprio conceito de humanização utilizado nas instituições, se concentram em áreas, departamentos ou atenções específicas, sem conseguir o envolvimento do todo das organizações. Entre alguns projetos de humanização que vêm sendo desenvolvidos em áreas específicas da assistência, destacamos na saúde da mulher a humanização do parto, e na saúde da criança o Projeto Canguru, para recém-nascidos de baixo peso (PNHAH, 2002).

Para Mezomo (1995), hospital humanizado é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela e garantindo um tratamento de qualidade. De acordo com o autor, a humanização não deve ser confundida com iniciativas isoladas e esporádicas de caráter promocional. Ela supõe uma política administrativa integrada e permanentemente centrada no atendimento personalizado do enfermo.

Existe um terreno fértil nas instituições para que se desenvolva uma nova cultura de atendimento à saúde. Essa nova cultura reflete um desejo por parte das organizações de saúde e dos usuários, um novo modo de ser e fazer nos serviços de saúde pautados no respeito à vida humana. É essencial agregar à eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional.



### **2.2.2 Conceito e Considerações**

Diante da abordagem da questão da humanização vem-nos a pergunta: o que significa humanizar? Em seu conceito mais global,

[...] humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber. (PNHAH, Anexo A, p. 33).

Humanização em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano (PNHAH, 2002).

Humanizar é aceitar essa necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites (CAMPOS, 2002).

Dentro desses preceitos, o caminho da humanização passa pelo reconhecimento do que o outro tem a dizer, considerando como outro os usuários dos serviços de saúde, os profissionais que prestam serviços e a comunidade organizada (RIBEIRO, 2002).

### **2.2.3 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**

Muitos esforços foram realizados ao longo dos anos, de forma isolada, por algumas instituições que criaram projetos, comissões e grupos para pensar humanização. Buscar a humanização dos hospitais tem sido a meta de várias instituições e, atualmente, também faz parte das metas governamentais.

Em junho de 2001, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (Portaria GM n.º 881/2001) diante do reconhecimento da necessidade de melhorar a qualidade do atendimento prestado nos hospitais públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) (PNHAH, 2002).

A unidade de saúde, como instituição prestadora de serviços à comunidade, tem como objetivo oferecer um atendimento de qualidade à população. Para que isso ocorra é necessário pensarmos num conjunto de ações que atendam a três dimensões: a humanização do atendimento ao usuário; a humanização das condições de trabalho do profissional de saúde; e o atendimento da instituição hospitalar em suas necessidades básicas administrativas, físicas e humanas (PNHAH, 2002).

O programa surgiu com a expectativa de disseminar e articular uma cultura de atendimento humanizado, uma vez que já existiam iniciativas isoladas de humanização que vinham sendo desenvolvidas há muitos anos em áreas específicas da assistência. São objetivos do programa:

- a) difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira;
- b) melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil;
- c) capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida e a cidadania;
- d) conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde;
- e) fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública;
- f) estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área;
- g) desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado; e
- h) modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade.

A metodologia para implantação do Programa previu a criação de Grupos de Multiplicadores, em todas as regiões do país, compostos de profissionais capacitadores, contratados pelo Ministério da Saúde, e de representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Esses grupos foram os responsáveis pela divulgação do PNHAH em cada região, pela capacitação técnica dos representantes dos hospitais e pela supervisão do trabalho realizado nos hospitais. Nos hospitais, criaram-se Grupos de Trabalho Humanizado

Hospitalar, que tiveram como atribuições: difundir os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da instituição; propor mudanças para beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; divulgar e fortalecer as iniciativas humanizadas já existentes; e melhorar a comunicação e a integração do hospital com os usuários (PNHAH, 2002).

Buscando bases para estruturar o desenvolvimento de suas ações, o PNHAH realizou um projeto piloto em dez hospitais brasileiros. Posteriormente a essa etapa, em junho de 2001, iniciou a primeira fase de trabalho de difusão junto a 96 hospitais da rede SUS, dos quais três localizam-se no Estado de Santa Catarina, quais sejam: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (Florianópolis), Hospital Governador Celso Ramos (Florianópolis) e Hospital Regional Lenoir V. Ferreira (Chapecó).

A forma de trabalho adotada foi a extensão progressiva do programa de humanização para um número cada vez maior de hospitais da rede pública, estimando-se a inclusão de 450 novos hospitais durante a segunda fase do programa, que ocorreu de maio a dezembro de 2002.

Foi criada, ainda, uma Rede Nacional de Humanização, com a construção de um site de humanização. Esse site mantém atualizadas em rede todas as experiências realizadas nos hospitais que desenvolvem o programa, além de disponibilizar espaços para grupos de discussão e acervo bibliográfico. Essa rede representa um instrumento fundamental para a consolidação do trabalho de humanização em cada localidade e promove o intercâmbio de informações e experiências.

As ações que o PNHAH realizou junto aos hospitais e Secretarias de Saúde respeitaram e estimularam a autonomia de cada unidade para que desenvolvam seu próprio projeto de humanização. O conjunto de iniciativas propostas foi baseado em dois grandes eixos interdependentes: humanização do atendimento ao público (cuidar do usuário); e humanização das condições de trabalho do profissional de saúde (cuidar de quem cuida), buscando fortalecer uma nova cultura de atendimento à saúde por meio de uma política de resgate do respeito e valorização da vida humana (PNHAH, 2002).

Para gerar parâmetros para uma avaliação mais segura do grau de humanização na assistência hospitalar, foi aplicada a pesquisa “A Humanização na Perspectiva dos Profissionais e Usuários” (composta de duas etapas), com base em dados sobre a percepção e a avaliação de profissionais e usuários dos hospitais sobre aspectos críticos envolvidos em tais

processos. Os dados foram coletados nos 96 hospitais, referentes a uma amostra de 3.640 profissionais e 1.241 usuários.

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa, o índice geral de satisfação ficou dentro do satisfatório para ambos os grupos. Em relação aos indicadores de humanização das condições de trabalho hospitalar, tanto os aspectos relacionados com as condições de trabalho (saúde física e mental, condições econômicas, especialmente salário e benefícios) como condições operacionais foram avaliados como insatisfatórios. A pesquisa mostrou a insatisfação em relação às condições físicas e de segurança no trabalho, bem como a falta de atendimento às necessidades psicossociais. Os profissionais ressaltaram o descontentamento com os seus salários. Apontaram ainda para as condições precárias dos equipamentos e a falta de incentivo para formação e aperfeiçoamento (PNHAH, 2002).

A partir dos resultados levantados pela pesquisa, o PNHAH elaborou alguns parâmetros para avaliar a humanização nos hospitais (Anexo B). As ações de humanização, a partir da utilização dos parâmetros que foram propostos, muitas vezes ultrapassavam a responsabilidade e possibilidade de ação do grupo de trabalho (GT) em face de uma série de questões. Portanto, definir o grau de governabilidade, ou ingovernabilidade, que o GT possui sobre as ações era um ponto fundamental.

É consenso que será no processo de análise, discussão, elaboração e implementação das ações, campanhas, programas e políticas que se irá desenhando e construindo uma filosofia organizacional que permitirá avaliar se o que está sendo feito promove a humanização ou não. Uma cultura de humanização leva tempo para ser construída e envolve a participação de todos os atores do sistema.

#### **2.2.4 Política Nacional de Humanização (PNH)**

Lançado pelo Ministério da Saúde em 2001 como Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, o referido programa de humanização da atenção e da gestão em saúde passou a ser no governo de Luís Inácio Lula da Silva uma política nacional, regulamentada pelo Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Foi denominada então de HumanizaSUS, sob a coordenação da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Atualmente como uma política, e não mais como um programa, a humanização, conforme técnicos do Ministério da Saúde, se fundamenta na troca e construção de saberes, no diálogo

entre os profissionais, no trabalho em equipe e na consideração das necessidades, desejos e interesses dos diferentes “atores” da área de saúde (portal.saúde.gov.br, 2003).

A PNH visa não só a contemplar o atendimento humanizado aos pacientes do SUS em todo o país, mas também a pautar as relações entre os profissionais da área e seus gestores, muito deterioradas atualmente. Os princípios básicos que nortearam a política são:

- a) valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos;
- b) aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, o que implica mudanças na atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho;
- c) valorizar, no atendimento, o vínculo com os usuários, a garantia dos seus direitos e os de seus familiares;
- d) estimular a população a ser protagonista do sistema de saúde, por meio de sua ação de controle social; e
- e) garantir condições para que os profissionais atuem de modo digno e participem como co-gestores do sistema, incluindo o fortalecimento do trabalho em equipes multiprofissionais.

Como estratégia para a implementação do HumanizaSUS, é necessária a atuação dos Estados e Municípios, por meio de suas Secretarias e Conselhos de Saúde. Os princípios da PNH também deverão fazer parte do conteúdo profissionalizante da graduação, especialização e demais cursos da área, assim como serão incentivados os debates com a sociedade por meio da mídia, visando à ampliação do conhecimento da nova política pela população.

Estão previstas, ainda, a democratização das gestões em saúde e a unificação dos recursos vinculados a programas de humanização e atenção, além de um sistemático e constante acompanhamento e avaliação interna.

O Ministério da Saúde traçou para 2004 as seguintes propostas consideradas imprescindíveis para o sucesso da PNH:

- a) propor que os planos estaduais e municipais de saúde contemplem os componentes da PNH (agenda de compromissos);
- b) consolidar e expandir os Grupos ou Comitês de Humanização nas SES, nas SMS e nos serviços de saúde;
- c) consolidar e expandir a rede virtual de humanização;
- d) instituir sistemática de acompanhamento e avaliação incluindo indicadores relacionados à PNH, articulados com os processos de avaliação do Ministério da Saúde (Programa de Avaliação de Serviços Hospitalares, Pactos de Atenção Básica, etc.);

- e) selecionar e apoiar experiências na rede SUS com função multiplicadora;
- f) propiciar o financiamento de projetos que melhorem a ambiência dos serviços: salas de conversa, espaços de conforto, mobília adequada, comunicação visual etc.
- g) articular os programas e projetos do Ministério da Saúde (Hospital Amigo da Criança, Humanização do Parto, etc.) a PNH, com vistas à diminuir a verticalização, o que implica a co-responsabilidade dos gestores estaduais e municipais; e
- h) propor parâmetros para a implantação da PNH (Anexo C).

### **2.2.5 Considerações sobre a Humanização nos Hospitais**

Após o primeiro passo para a humanização dos hospitais, marcado pela implantação do PNHAH, lançado pelo governo Fernando Henrique Cardoso, vivemos um outro momento agora, com uma política nacional de humanização. O objetivo principal das duas iniciativas governamentais foi, em última análise, a humanização dos serviços de saúde, porém as estratégias propostas pelo governo atual vislumbram uma contrapartida mais efetiva por parte dele.

De acordo com Gilberto Scarazatti, um dos colaboradores da PNH, as práticas humanizantes que intervêm diretamente no acolhimento, no vínculo e na resolução das ações dos profissionais e dos serviços são consequência de grupos ideológicos (voluntários, doutores da Alegria, etc.) ou de programas específicos como Hospital Amigo da Criança, Parto Humanizado, Ouvidorias, etc. A PNH precisa vencer minimamente esta barreira: do conceito principista e dos programas e ações segmentadas (CREMESP, 2003).

O autor salienta ainda que, como Política Nacional, deve ser cumprida por todos os níveis de gestão do SUS, por todas as funções multiprofissionais envolvidas no cuidado; deve ser estendida para o público e o privado, contemplar os direitos dos usuários, considerar uma política adequada de recursos humanos e conter financiamento específico (CREMESP, 2003).

Nas instituições de saúde, o desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido, sem dúvida, uma série de benefícios, ainda que não assegure atendimento humanizado. As pessoas, muitas vezes, são tratadas como objetos de intervenção. Por outro lado, em muitos hospitais é justamente a falta de condições técnicas, de capacitação, de materiais que torna a qualidade do atendimento desumanizada. Essa falta de condições técnicas e materiais põe em confronto, muitas vezes, os profissionais e os usuários, estabelecendo uma relação desrespeitosa, o que piora as condições já existentes (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

De acordo com Pires (1998), as inovações tecnológicas usadas na saúde aumentam a produtividade do trabalho. Dessa forma, um trabalhador da enfermagem pode assumir outras atividades e cuidados que antes não podia executar. A autora adverte que o trabalho do pessoal da enfermagem não diminuiu; ao contrário, pode até ter se intensificado.

Segundo Silva e Massarollo (1998), os processos potencializadores ou destrutivos da saúde ocorrem simultaneamente, tanto no momento produtivo de trabalho como na vida social. A qualidade de vida dos trabalhadores depende do modo como esse trabalho se organiza e opera, e das estratégias de enfrentamento do grupo nas diferentes dimensões (econômica, política e organizacional), que culminam com a configuração da personalidade e subjetividade que define os interesses, motivações, vulnerabilidade e capacidade de reação dos trabalhadores.

A equipe de enfermagem, ao trabalhar em condições inadequadas de recursos humanos e materiais, e precárias condições organizacionais, envolve-se na organização emergencial do ambiente de trabalho, buscando quotidianamente providências que assegurem o desempenho da sua função. Expõe o cliente, dia a dia, a cuidados envolvidos em risco, e a si mesmo a críticas no desempenho das suas funções. Tal situação tem gerado na equipe sentimentos de frustração e sofrimento com o exercício da profissão (LUNARDI et al., 2000; BENERI et al., 2001).

Dessa forma, é fundamental buscar elementos que subsidiem propostas para a melhoria das condições de trabalho das equipes de enfermagem. Cuidar de quem cuida é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de projetos e ações em prol da humanização nos serviços de saúde.

## **2.3 Ergonomia**

### **2.3.1 Conceitos e Considerações Gerais**

A ergonomia é definida por Laville (1977, p. 1) como “o conjunto de conhecimentos a respeito do homem em atividade, a fim de aplicá-los à concepção de tarefas, dos instrumentos, das máquinas e dos sistemas de produção”.

Para Wisner (*apud* SANTOS; FIALHO, 1995, p. 20), a ergonomia é definida “como o conjunto dos conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para a concepção de

ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, de segurança e de eficácia”.

Segundo a International Ergonomics Association (IEA),

A ergonomia é o estudo científico da relação entre o homem e seus meios, métodos e espaços de trabalho. Seu objetivo é elaborar, mediante a contribuição de diversas disciplinas científicas que a compõem, um corpo de conhecimentos que, dentro de uma perspectiva de aplicação, deve resultar em uma melhor adaptação ao homem dos meios tecnológicos e dos ambientes de trabalho e de vida. (SANTOS, 1998, p. 10).

Noulain (1992) ressalta que o principal objetivo da ergonomia é contribuir para a concepção ou a transformação das situações de trabalho, tanto no que diz respeito aos aspectos técnicos como em relação aos sócio-organizacionais, visando a que o trabalho possa ser realizado em condições que assegurem a saúde e a segurança dos trabalhadores e ofereça ainda um ambiente com conforto e eficácia.

A abordagem descrita por Montmollin (1990) salienta a singularidade do operador na sua interação com o ambiente. Cada indivíduo é capaz de iniciativas e reações diferenciadas, o que gera um meio evolutivo e fortemente influenciável.

De acordo com Wisner (1994, p. 19), “uma das características mais notáveis dos seres vivos é a diversidade de suas reações numa dada situação”. Essa característica inerente dos seres humanos é que dá a riqueza de situações encontradas em uma mesma realidade de trabalho. Cada indivíduo tem uma forma de enfrentamento às adversidades do meio.

Ainda Wisner (1994, p. 19) alerta que as situações de trabalho não acontecem desvinculadas de um contexto maior:

Todo indivíduo chega ao ambiente de trabalho com seu capital genético, remontando o conjunto de sua história patológica a antes do nascimento, à sua existência *in útero*, e com as marcas acumuladas das agressões físicas e mentais sofridas na vida. Ele traz também seu modo de vida, seus costumes pessoais e étnicos, seus aprendizados. Tudo isso pesa no custo pessoal da situação de trabalho em que é colocado.



Compreende-se, portanto, que os indivíduos apresentam diferentes maneiras de realizar seu trabalho e dar a sua identidade.

As atividades desenvolvidas pelo homem para responder às condicionantes de trabalho se traduzem em uma carga de trabalho que varia intra e inter-individualmente, em função da motivação, da competência, das capacidades físicas e cognitivas, do estado emocional, etc. (SANTOS; FIALHO, 1995, p. 12).

A ergonomia, inicialmente, buscou reunir conhecimentos sobre a forma operatória do homem no ambiente de trabalho, e diversas abordagens foram sendo estudadas com base nos conhecimentos de anatomia, fisiologia e psicologia humana. Tanto a corrente higienista, com ênfase na saúde do trabalhador, como a corrente produtivista, centrada na busca de condições mais eficazes de produção, começaram a sentir a necessidade de unir esforços para responder plenamente às necessidades da relação entre homem e trabalho (QUÉINNEC et al., 1992).

“O que há de mais importante para nós do que a duração das nossas vidas, e talvez ainda mais, a duração de nossa vida em plena posse de nossos meios físicos, mentais e sociais?” Neste campo existe um grande abismo de desigualdades. Diferenças de expectativa de vida entre os indivíduos e no estado físico, mental e social não poderiam ser explicadas apenas pelas diferenças genéticas, sem considerar os acontecimentos ao longo da sua existência. Essa travessia pelo cenário da vida faz com que as pessoas apresentem diferentes marcas (WISNER, 1994, p. 22).

Assim, a luta por melhores condições de trabalho, de forma a garantir mais dignidade aos homens, tem sido o principal objetivo da ergonomia. Conforme ressalta Proença (1996), as novas perspectivas devem ser pautadas em situações reais de trabalho, devendo ser o trabalhador o ator e o agente das mudanças. O desenvolvimento dos conhecimentos ergonômicos passa a ser buscado dentro do local de trabalho, visando a compreender as particularidades de cada situação, para, a partir daí, fazer as generalizações possíveis.

Com a ergonomia, o trabalho ganha uma aceção mais ampla, abrangendo não apenas as máquinas e equipamentos utilizados, mas também toda a situação em que ocorre o relacionamento entre o homem e o trabalho, aspectos físicos e organizacionais (IIDA, 1997).

O campo de estudo da ergonomia está centrado nos elementos observados nas situações reais de trabalho, conforme podemos observar na Figura 2.

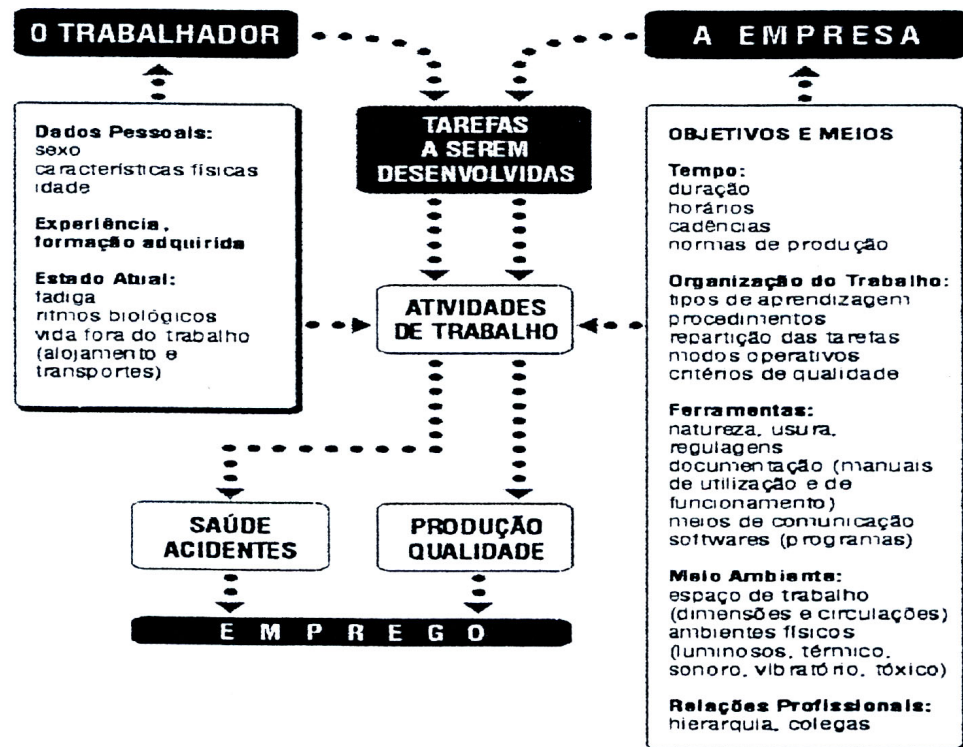


Figura 2: Modelo de uma situação de trabalho centrada sobre as causalidades

Fonte: Santos et al. (1997, p. 26)

A informatização, a automação, o dinamismo com que surgem as novas tecnologias, que exigem do trabalhador, por consequência, novas capacidades, tornam imprescindível o surgimento de modelos de análise que possam dar conta de identificar as estratégias utilizadas pelos trabalhadores diante dessa evolução constante (MONTMOLLIN, 1990). O desenvolvimento dos conhecimentos ergonômicos, hoje, é baseado numa intervenção no local de trabalho, denominada análise ergonômica do trabalho, que busca responder aos objetivos da ergonomia.

### 2.3.2 Análise Ergonômica do Trabalho

Para avaliar as condicionantes impostas por determinada situação de trabalho, a ergonomia se vale de uma metodologia sistematizada com variáveis pertinentes, constituindo o que foi denominado de Análise Ergonômica do Trabalho. Essa metodologia comporta cinco etapas de importância e dificuldades diferentes: análise da demanda e proposta de contrato; análise do ambiente técnico, econômico e social; análise das atividades e da situação de

trabalho e análise dos resultados; recomendações ergonômicas e validação da intervenção e eficácia das recomendações (WISNER, 1994).

Cada uma dessas etapas é caracterizada pela coleta de dados pertinentes à mesma, sempre considerando a situação de referência, bem como os atores sociais da situação de trabalho analisada. Cada etapa oferece uma riqueza de informações que possibilitam a elaboração de hipóteses que servem de sustentação para a etapa posterior, que culmina na elaboração de um caderno de encargos, conforme pode se observar na Figura 3.

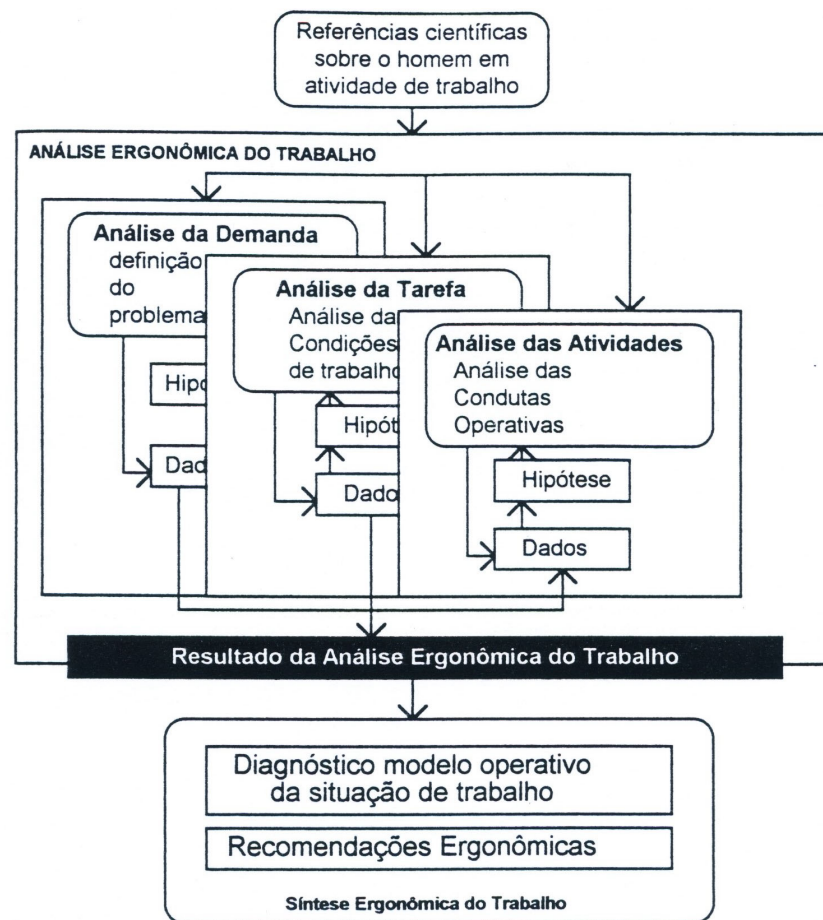


Figura 3: Esquema metodológico da análise ergonômica do trabalho\*/1'

Fonte: Adaptado de Santos et al. (1995, p. 39)

Seguiremos agora com uma descrição das etapas que compõem a análise ergonômica propriamente dita.

### 2.3.2.1 Análise da Demanda

O ponto de partida de uma intervenção ergonômica é feito a partir de uma demanda. Essa fase constitui a etapa de familiarização com a empresa, o sistema de produção e os critérios de bom funcionamento. Dentro desse contexto, busca-se identificar os critérios que não estão sendo alcançados, uma vez que estes justificam a intervenção ergonômica. A partir daí, define-se o problema a ser investigado em conjunto com os atores sociais envolvidos (individuais e coletivos), levantando-se os primeiros dados da situação de trabalho (WISNER, 1994). A análise da demanda permite compreender a natureza e a dimensão dos problemas apresentados, bem como elaborar um plano de ação para abordá-los.

A demanda pode ser formulada diretamente pelos atores do processo, neste caso chamada de explícita, ou indiretamente, de forma implícita, pelo confronto dos diferentes pontos de vista a respeito do objeto do estudo. Segundo Santos e Fialho (1995), atrás de uma demanda explícita existe sempre uma demanda implícita. Assim, uma intervenção ergonômica pode resultar:

- a) em uma demanda direta, relativa às condições de trabalho;
- b) em uma demanda indireta, ligada à segurança do trabalho, à fábrica, à dificuldade de recrutamento para um determinado posto, etc.; ou ainda
- c) em uma planificação de estudos sistemáticos, com vistas à implantação de um sistema de melhoria da qualidade e da produtividade.

Somente existe possibilidade de intervenção ergonômica se houver uma demanda formulada. A partir de então o analista irá conhecer as possibilidades e os limites da intervenção. Deverá considerar aspectos técnicos, econômicos e sociais da empresa analisada e ainda conhecer a tecnologia que os homens operam e a linguagem que adotam. A partir da análise do contexto, considerando os fatores econômicos, sociais e técnico-organizacionais, e ainda as manifestações individuais em função das características fisiológicas e psicológicas de cada um, formulam-se as hipóteses, partindo-se da situação real de trabalho.

### 2.3.2.2 Análise da Tarefa

A tarefa é um objetivo a ser atingido. Nesse sentido, sua análise coincide com as condições nas quais o trabalhador realiza sua atividade de trabalho (SANTOS; FIALHO, 1995, p. 67).

De acordo com Guérin et al. (1997), tarefa é um conjunto de objetivos impostos aos operadores, com o auxílio de um conjunto de prescrições elaboradas por uma dada empresa para atingir seus objetivos. Dessa forma, a tarefa tende a não considerar as particularidades dos operadores, pois, acima de tudo, prevalece o atendimento aos objetivos fixados pela empresa.

Os mesmos autores destacam ainda que a tarefa, num primeiro plano, corresponde a um modo de apreensão concreta do trabalho, buscando reduzir ao máximo o trabalho improdutivo, eliminar ou minimizar as formas de trabalho que possam causar constrangimentos, com métodos mais eficazes, buscando atingir os objetivos fixados. Num outro plano, a tarefa constitui um binômio entre trabalho e tempo. Dessa forma, estabelece-se um modelo de gestão que permite definir e medir produtividade, decorrente da relação entre operadores e meios mecânicos de produção.

Segundo Poyet (*apud* SANTOS; FIALHO, 1995), pode-se considerar três tipos de tarefa: prescrita, induzida e atualizada:

- a) a tarefa prescrita é um conjunto de procedimentos, métodos e meios de trabalho fixados pela organização para os trabalhadores. Constitui o aspecto formal e oficial do trabalho, isto é, o que deve ser feito e os meios colocados à disposição para a sua realização;
- b) a tarefa induzida ou redefinida é a representação que o trabalhador elabora da tarefa, a partir dos conhecimentos que ele possui, ou seja, é o que o trabalhador pensa realizar, a tarefa real ou efetiva; e
- c) a tarefa atualizada é a adaptação da tarefa em função dos imprevistos e das condicionantes de trabalho. O trabalhador modifica a tarefa em função das especificidades da situação de trabalho, atualizando a sua representação mental do que deveria ser feito.

De acordo com o autor, essa distinção das tarefas em três níveis possibilita, muitas vezes, ao analista observar a diferença entre a definição formal e a definição oficial entre os que concebem o trabalho e as representações “deformadas” que o trabalhador elabora.

Normalmente, os meios para obtenção das informações utilizam-se de vários procedimentos, em função do tipo de posto a ser analisado, do tempo disponível e da experiência pessoal do analista. Entre esses passos, Santos e Fialho (1995) destacam:

- a) análise de documentos buscando identificar o maior número possível de informações sobre o trabalho prescrito, os principais aspectos formais do trabalho, a história do posto de trabalho a ser analisado, relações funcionais e hierárquicas, linhas de produção, normas de segurança, riscos de doenças, formação do trabalhador, leiaute do posto, etc. O estudo da documentação consiste em uma das etapas da análise da tarefa;
- b) a entrevista é considerada pelo autor a etapa mais importante da análise ergonômica do trabalho. É fundamental a obtenção de informações junto às pessoas envolvidas na situação de trabalho;
- c) as observações permitem ao analista traçar uma primeira impressão do trabalho, considerando as principais operações efetuadas pelo trabalhador, bem como a frequência, a duração e a forma como são realizadas;
- d) os questionários geralmente são elaborados após as entrevistas como informações adicionais, aplicadas com os atores sociais envolvidos para complementar as etapas anteriores; e
- e) as medidas permitem quantificar certos aspectos da situação de trabalho e suas principais repercussões sobre os trabalhadores. Podem ser referentes ao posto de trabalho ou às condições físicas, como iluminação, ruído, temperatura, vibração, etc.

A análise da tarefa possibilitará ao analista observar como os condicionantes do trabalho podem interagir com os atores sociais de uma determinada situação de trabalho e, a partir dos dados observados, confirmar suas hipóteses ou recusá-las, ou ainda reformulá-las a partir das condicionantes que se apresentarem.

### **2.3.2.3 Análise da Atividade**

De acordo com Montmollin (1990), a atividade é um processo complexo, original e dinâmico, que busca dar forma à tarefa num processo contínuo de transformação. A atividade

é a encenação real da tarefa, em que identificamos como o trabalhador elabora e executa as informações a partir dos seus conhecimentos sobre os componentes do sistema. É notável a capacidade que o trabalhador tem de modificar a tarefa induzida diante de imprevistos e condicionantes impostos pelo trabalho, transformando-a em tarefa atualizada. Segundo o autor, essa capacidade supera a concepção de atividade como simples realização da tarefa.

Uma situação de trabalho é a somatória de um conjunto de condicionantes, isto é, um conjunto de cargas de trabalho de diversas naturezas, sejam elas econômicas, sociais, técnicas ou organizacionais. Diante desses condicionantes, o trabalhador busca mecanismos de adaptação e de regulação para executar dada tarefa. A esse processo de avaliar como o trabalhador suporta a carga de trabalho imposta denominamos de análise da atividade (SANTOS; FIALHO, 1995).

Cabe ao analista estudar e descrever as atividades desenvolvidas pelo trabalhador, no seu posto de trabalho, porém, atendo-se em analisar o trabalho, e não o trabalhador. É a ação desenvolvida pelo trabalhador que interessa ao analista. Determinados aspectos são considerados fundamentais para se realizar uma boa análise. Entre eles ressalta-se a objetividade. Por outro lado, deve-se evitar suposições, preconceitos, estereótipos ou qualquer representação que possa dar subjetividade à análise (SANTOS; FIALHO, 1995).

Para alcançar tal objetivo, deve-se analisar as ações, as observações, as comunicações, as tomadas de informações diretas no campo, buscando somar dados que subsidiem a descrição mais fiel possível da atividade. Wisner (1994) destaca que o comportamento deve ser analisado sob todos os aspectos, tanto gestuais como de comunicação, relacionados às expressões verbais quanto a volume, duração dos períodos, conteúdo cognitivo ou afetivo, etc.

De acordo com Wisner (1987), a visão da ergonomia hoje está voltada para a inter-relação formada pelo homem e seu posto de trabalho e o dispositivo técnico, considerando as estruturas técnicas, econômicas e sociais que os envolvem.

Dessa forma, é indispensável considerar o que os operadores expressam sobre a situação de trabalho. Existem fatores internos inerentes de cada trabalhador, e fatores externos que irão determinar diferentes formas de realizar a atividade (PROENÇA, 1996; GUERIN et al., 1997). Podemos observar de forma sistematizada esses determinantes na Figura 4.

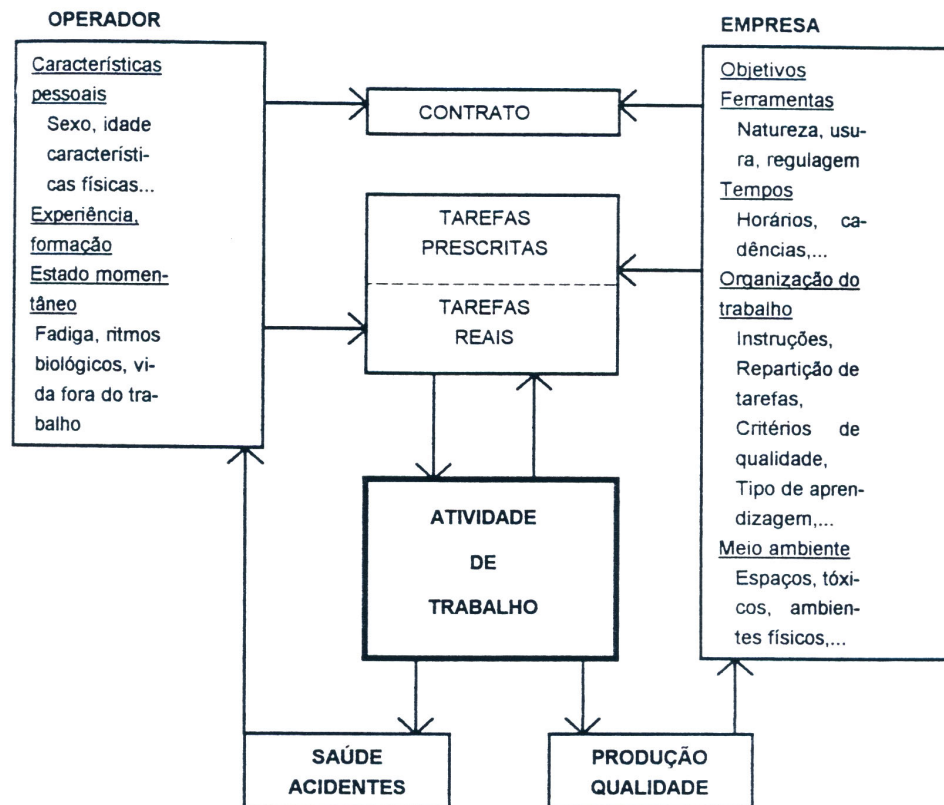


Figura 4: Esquema de descrição das determinantes da atividade de trabalho  
 Fonte: Guerin et al. (1997, p. 59)

#### 2.3.2.4 Diagnóstico

O termo “diagnóstico” em ergonomia tem o mesmo significado que na medicina clínica, ou seja, após um minucioso processo de investigação a partir das síndromes observadas, ocorre a identificação dos problemas que afetam a situação analisada (SANTOS; FIALHO, 1995).

Consiste, do ponto de vista metodológico, numa síntese da análise ergonômica do trabalho. Essa etapa busca correlacionar os condicionantes ambientais e técnico-organizacionais da situação analisada com os determinantes apontados pelos trabalhadores, o que permite, assim, a transformação da situação de trabalho (GUERIN, 1997).

É fundamental considerar o paradoxo daí resultante, pois, concomitante a transformações de uma determinada situação de trabalho, surgem novos condicionantes, o que exige por parte dos atores sociais envolvidos novos modelos operativos, novas estratégias, novos aprendizados (SANTOS; FIALHO, 1995).



### **2.3.2.5 Caderno de Encargos de Recomendações Ergonômicas**

O objetivo central de toda intervenção ergonômica é a transformação da situação de trabalho analisada. Considerando as etapas anteriores que subsidiaram o diagnóstico que levantou as disfunções apresentadas pelo sistema homem/tarefa, segue-se a elaboração do caderno de encargos de recomendações ergonômicas que permitam alcançar as transformações almejadas (SANTOS; FIALHO, 1995).

O caderno de encargos baseia-se em normas e especificações. As especificações são levantadas a partir da análise ergonômica do trabalho, estabelecendo de forma condensada as diversas especificações sobre as situações futuras, tanto em termos ambientais como organizacionais (SANTOS; FIALHO, 1995).

A análise ergonômica do trabalho nos oferece uma abordagem global, pois relaciona uma série de elementos objetivos e subjetivos, que constituem a situação de trabalho. A partir desse panorama podemos construir uma representação da atividade, que, por sua vez, permite uma compreensão do trabalho e do custo que ele representa. Possibilita, então, identificar os recursos disponíveis e as disfunções existentes, e apontar perspectivas de mudanças, quando necessárias, da situação de trabalho analisada (NOULIN, 1992).

### **2.3.3 Efeitos da Atividade de Trabalho Sobre a Saúde dos Técnicos de Enfermagem**

De acordo com Gonzáles (1996), o cotidiano da equipe de enfermagem é feito de incertezas e situações imprevistas. A forma como o trabalho é organizado favorece o individualismo na execução das tarefas com características rotineiras e fragmentadas. “Esta forma de organização e divisão do trabalho da enfermagem seguramente favorece o desgaste psíquico destes profissionais além de contribuir para a perda do prazer no exercício da profissão” (SHIMIZU; CIAMPONE, 1999, p. 103).

Vivenciam ainda muitos conflitos, que são produzidos nas relações entre os membros da equipe de saúde, na própria equipe de enfermagem e com a clientela. Possivelmente a equipe de enfermagem sofra mais constrangimentos com essa situação, porque geralmente são esses profissionais que fazem a intermediação das situações que requerem permanente jogo de contatos e vínculos (GONZÁLES, 1996).

Os conflitos inter e entre grupos provocam muito desgaste. Geralmente, os técnicos de enfermagem se sentem explorados, tendo que executar tarefas dos enfermeiros. Para os

pacientes e a população em geral, todo trabalhador da enfermagem é considerado enfermeiro, independentemente da titulação. Como estratégia para evitar esse tipo de situação, os enfermeiros reduzem o tempo de contato com os pacientes, usam uniformes diferenciados, abusam da autoridade na busca por evidenciar a hierarquia. A rivalidade entre grupos de diferentes setores também ocorre, onde as comparações em relação à carga de trabalho e a salários são uma constante (SIQUEIRA et al., 1995).

Os mesmos autores ressaltam ainda que o desgaste dos técnicos de enfermagem é condicionado pelas relações de trabalho vigentes no hospital, destacando-se: o ritmo e a carga de trabalho; o grau de autoritarismo das chefias; as fracas possibilidades de carreira e ascensão profissional; a inexistência de formas de participação; e baixos salários. Ainda requerem no seu cotidiano muita atenção, velocidade e precisão, elementos que podem gerar sofrimento.

Outro aspecto gerador de sofrimento na categoria diz respeito à pressão temporal. Algumas atividades estão condicionadas a horários e períodos previamente estabelecidos, como administração de medicamentos, alimentação, tomada de sinais vitais, cuidados de higiene, entre outros. Essas rotinas devem ser organizadas dentro do turno de trabalho. Devido ao emprego irregular do tempo em função dos ritos do processo de produção (passagem de plantão, visitas aos pacientes, realização de registros, atendimento a familiares, etc.), intercalados pelas emergências representados pelos agravos de saúde, atividades não previstas desencadeiam um processo de pressão do tempo sobre o ritmo de trabalho, podendo gerar grande ansiedade no trabalhador (LAUTERT, 1999).

Além das intercorrências não previsíveis, outros aspectos inerentes ao trabalho também contribuem para a sobrecarga emocional. Longos períodos de internações e os retornos constantes de pacientes crônicos fazem com que os laços afetivos se estreitem, tornando a situação vivenciada dolorosa; o mesmo ocorre em relação à morte de pacientes e ao sofrimento dos familiares, que são fatos difíceis de ser incorporados (SHIMIZU; CIAMPONE, 1999).

Geralmente, os trabalhadores da equipe de enfermagem realizam plantões ou participam de rodízios de turno de trabalho, ficando, assim, expostos aos problemas relacionados a esse condicionante. Vários pesquisadores têm associado o trabalho em turnos com desordens fisiológicas tais como gastrintestinais, cardiovasculares e osteoarticulares, estresse, distúrbios do sono e desajustes de ordem social. Apontam ainda para a necessidade de realizar mais pesquisas para explorar a diminuição da capacidade para o trabalho entre

esses trabalhadores (NIEDHAMMER et al., 1994; COSTA et al., 2000; METZNER; FISCHER, 2001).

Em outro estudo identificou-se uma relação do trabalho em turnos com alterações no estado nutricional. Uma pesquisa de caráter longitudinal observou por cinco anos 286 enfermeiras francesas. Constatou que 17% da população estudada apresentou ganho ponderal de 5 kg, e 10% da amostra, um ganho de peso acima de 7 kg. Tanto a exposição ao trabalho noturno como o tempo de trabalho tiveram uma relação positiva com o grupo que ganhou mais peso (NIEDHAMMER et al., 1996).

A Organização Mundial da Saúde (1985) incluiu a enfermagem entre as profissões de maior risco em desenvolver doenças osteomusculares. Foram apontadas como mais freqüentes as lombalgias e as dores nas costas e nuca.

Em um estudo de grande impacto nos Estados Unidos, com mais de 30 mil trabalhadores, ficou constatado que entre as mulheres a profissão que apresentou maior ocorrência de dores nas costas foi a enfermagem (GUO et al., 1995). Em outro estudo, com 76 indivíduos de uma equipe de enfermagem de um hospital em Minas Gerais, Rocha et al. (1999) constataram que 56% sofriam constantemente de dores nas costas e 33% tinham dores eventuais.

Grande parte das agressões à coluna vertebral está associada a condições inadequadas de mobiliários, postos de trabalho e equipamentos utilizados na execução das atividades (BURTON et al., 1997; ALEXANDRE; MORAES, 1998; ALEXANDRE; ROGANTE, 2000). Alguns autores ressaltam os impactos econômico e psicossocial, ocasionados principalmente pelo absenteísmo, e as seqüelas deixadas pelas lesões (PARADA et al., 2002).

As questões relacionadas aos direitos do trabalhador de enfermagem têm sido denunciadas no mundo inteiro. Segundo Lopes (1996), a prevenção dos agravos à saúde do trabalhador da enfermagem constitui hoje prioridade, uma vez que o desempenho da sua atividade profissional em hospitais, paradoxalmente, tem lhe causado adoecimento.

A alta rotatividade observada nas equipes de enfermagem no Brasil é apontada por Anselmi et al. (1993) e Silva et al. (1998) como conseqüência das condições desgastantes a que são submetidos esses trabalhadores. Os motivos apontados como responsáveis por essa situação estão relacionados com baixos salários e insatisfação com as condições de trabalho.

Em consequência da baixa remuneração, grande parcela dos trabalhadores de enfermagem no Brasil está submetida à dupla jornada de trabalho para garantir sua sobrevivência e a de seus familiares. Rocha (1999) observou em seu estudo que 38% dos trabalhadores tinham outro vínculo empregatício. Aliado a essa dupla jornada de trabalho soma-se o fato de 54% dos entrevistados ainda realizarem trabalhos domésticos, uma vez que a maioria dos técnicos de enfermagem é do sexo feminino e não conta com auxílio nos serviços domésticos.

Aquino et al. (1993) observaram em sua pesquisa uma jornada média de trabalho de 60 a 70 horas semanais, incluindo o trabalho doméstico e profissional, para enfermeiras e auxiliares de enfermagem brasileiras. Essa carga horária é comparável com o trabalho dos escravos no tempo do Império, que era em torno de 70 horas semanais.

Todas as questões abordadas anteriormente se somam quando o prisma da observação se dá pela ótica da mulher trabalhadora. As mulheres constituem 50% da população mundial e um terço da força de trabalho oficial. A enfermagem constitui sua força de trabalho predominantemente de mulheres, cerca de 95% do contingente em todo mundo (OGUISSO, 1998).

Nas últimas décadas verificou-se um ingresso acentuado da mulher no mercado de trabalho. As mulheres continuam a se concentrar em “verdadeiros guetos ocupacionais”, especialmente no setor terciário da economia, na prestação de serviços, que abarca profissões de pouco prestígio social. Embora estejam no mercado de trabalho e muitas vezes sejam as provedoras do sustento da família, as atribuições dos afazeres domésticos, cuidado dos filhos, idosos, familiares doentes e dos companheiros permanecem sendo seu compromisso (ALVES, 1996).

Paradoxalmente, esses profissionais que têm como missão cuidar da saúde dos outros têm pouco amparo para preservar a sua própria. Executam um trabalho extremamente desgastante em função das características inerentes da própria atividade e das condições ambientais e organizacionais para realizá-lo. Na esfera familiar, geralmente sofrem a falta de infra-estrutura doméstica e social, e como cidadãos são marcados por uma profunda desigualdade de direitos, o que dificulta o seu acesso a bens e serviços, que, por sua vez, permitiriam uma vida mais digna.

Todas as questões abordadas anteriormente podem, de certa forma, ser resumidas num fenômeno de desgaste profissional ao qual os pesquisadores denominaram de “Síndrome de

Burnout”, a qual se caracteriza pelo desgaste emocional, despersonalização e reduzida satisfação pessoal ou sentimento de incompetência do trabalhador (LAUTERT, 1997).

A Síndrome de Burnout é definida por Malach e Jackson (*apud* CODO, 1999) como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou estão com problemas. Cuidar exige tensão emocional constante, atenção contínua e grande responsabilidade em cada gesto no trabalho. O trabalhador se envolve afetivamente com seus clientes, desgasta-se e, num extremo, desiste, não agüenta mais, entra em um processo de desgaste chamado Burnout.

Os principais sintomas psicossomáticos associados referem-se ao surgimento de cefaléias, tensões musculares, hipertensão arterial, entre outros. Em relação à conduta, as alterações mais freqüentemente observadas são absenteísmo no trabalho, conduta violenta, incapacidade para relaxar, aumento no consumo de cigarros, álcool e outras drogas. Já na dimensão emocional os achados mais relevantes dizem respeito a impaciência, irritabilidade, distanciamento afetivo, ansiedade e redução da capacidade de elaboração de juízo (LAUTERT, 1997).

Esse quadro acaba impondo condicionantes que se refletem na saúde do trabalhador e que trazem mudanças gerais nos seus hábitos, com possíveis implicações no seu comportamento alimentar e estado nutricional.

#### **2.3.4 Condições de Trabalho e a Alimentação do Trabalhador**

A produtividade no trabalho está diretamente relacionada com as condições gerais de saúde do trabalhador. Um bom estado nutricional auxilia para potencializar a capacidade física e intelectual do indivíduo no desempenho da tarefa. Uma alimentação adequada à demanda energética, necessária para o desempenho da função do trabalhador, favorece na diminuição de acidentes de trabalho e na redução dos índices de absenteísmo (BARROS, 1989; WADA, 1993).

A intervenção nutricional no local de trabalho certamente tem outros papéis que não somente a manutenção da força de trabalho. Considerando que a alimentação é um evento social, esse momento deveria ser compartilhado entre os trabalhadores num ambiente

agradável e harmonioso. Tanto a função hedônica (associa as características organolépticas dos alimentos com as dimensões simbólicas do bem-estar e do prazer) como a função convivial (o alimento integra e dá identidade ao grupo) são características fundamentais do ponto de vista das relações interpessoais, devendo ser valorizadas (POULIN; SAINT-SEVIN, 1990).

Do ponto de vista fisiológico, as sensações imediatas de uma alimentação inadequada podem se manifestar das mais diversas formas. Quando nos alimentamos pouco ou fazemos um jejum prolongado e permanecemos em plena atividade laboral, podem surgir sintomas como fadiga, enjôo, sonolência e falta de concentração. São sensações que, além do desconforto, podem trazer riscos de acidentes de trabalho na medida em que as exigências físicas permanecem. Por outro lado, uma ingestão alimentar excessiva pode ocasionar difícil digestão, sonolência, mal-estar, diminuir o estado de alerta e, também, criar uma situação de risco (GRANDJEAN, 1998).

Uma pesquisa realizada por uma empresa de produção de refeições coletivas com trabalhadores da indústria em São Paulo mostrou, a partir de um levantamento junto ao setor de pessoal, que a maioria dos acidentes de trabalho ocorria no turno da manhã, sendo mais freqüente nas empresas que não ofereciam café da manhã para os seus trabalhadores (BARROS, 1989).

Outro aspecto importante da alimentação adequada para os trabalhadores está associado à produtividade, como podemos observar no estudo descrito por Wada (1993) com cortadores de cana no Brasil. Os mesmos apresentaram um aumento de 31% na produtividade após a implantação de um programa de alimentação.

Como bem ressalta Proença (1997), o fornecimento de alimentação nas empresas geralmente traz vários aspectos positivos. Entre eles se destacam: aumento da produtividade, diminuição da rotatividade e absenteísmo; melhoria das relações de trabalho; e integração entre os trabalhadores.

A mudança nas atividades ocupacionais, nos hábitos alimentares e no perfil de saúde dos trabalhadores começa a exigir um novo enfoque na área da alimentação coletiva, buscando prevenir ou minimizar os agravos de ordem nutricional.

Várias atividades demandam, pelas suas características, um grande aporte calórico. Em sua pesquisa com garis, Assis (1999) observou que 50% do requerimento energético diário dos coletores de lixo corresponde ao dispêndio na atividade de coleta de lixo. Essa alta

demanda energética implica cuidados nutricionais para garantir o estado nutricional desses profissionais.

Por outro lado, existem alguns segmentos profissionais em que o dispêndio energético está diminuindo. Grandjean (1998) demonstrou que, com a automação das indústrias no sistema fabril dos países industrializados, a parcela de trabalhadores com atividade sedentária aumentou significativamente, correspondendo em média a 75% da massa trabalhadora.

O consumo alimentar excessivo ou qualitativamente inadequado pode levar a distúrbios nutricionais, que geralmente se manifestam com alterações nos exames bioquímicos e na elevação da pressão arterial, associados geralmente com a elevação do peso corporal.

Uma pesquisa no pólo petroquímico de Camaçari, BA, demonstrou que 52% dos trabalhadores apresentavam hipertensão, e 42%, altas taxas de colesterol (BARRETO, 1995). Em outro estudo com trabalhadores de uma indústria em Santa Catarina, foi constatado que 63,7% deles apresentavam valores de colesterol total altos, além de outras frações lipídicas inadequados (AMBROSI, 1998).

Um estudo com 647 bancários no Rio de Janeiro mostrou que 26,7% deles apresentavam sobrepeso e que 6,4% apresentavam obesidade (ELL et al., 1998). Outro estudo, com trabalhadores brasileiros da construção civil, mostrou que 27,7% deles apresentavam sobrepeso e, ainda, aproximadamente 50% associados a hipertensão (REIS, 1998). Dados ainda mais alarmantes foram encontrados entre trabalhadores de serviços de alimentação. Sgnaolin (1998) verificou sobrepeso em 69,22% dos trabalhadores, enquanto Matos (2000) encontrou um percentual de 75%.

Poucas são as pesquisas relacionando alimentação e nutrição com condições de trabalho entre os profissionais da saúde. Um estudo com 272 profissionais de vários hospitais em Medellín medindo hábitos de vida saudável demonstrou que os técnicos de enfermagem foram os que apresentaram os menores percentuais, quando comparados aos outros profissionais, como os enfermeiros e os médicos. Também observaram que 50% da amostra apresentava distúrbios nutricionais, dos quais 93% sobrepeso e 7% baixo peso (ESCOBAR et al., 1997).

Outra pesquisa, com 76 técnicos de enfermagem que trabalham em UTI, em hospitais de Minas Gerais, constatou que 38,2% apresentavam obesidade (ROCHA, 1999). Em um estudo longitudinal com 310 enfermeiras francesas, Niedhammer et al. (1996) verificaram

uma prevalência de 6% de sobrepeso num primeiro momento. Cinco anos depois, esse percentual subiu para 7% e, em dez anos, para 9%. Embora sejam índices bem mais baixos que os brasileiros, mostraram uma tendência evolutiva de sobrepeso nessa população.

A preocupação com a alimentação do trabalhador, aos poucos, vem ganhando mais atenção, entretanto tem sido ainda bastante relegada, tanto pela instituição, que não oferece condições, como pelo próprio trabalhador, que geralmente não prioriza em sua vida a questão alimentar. Em trabalho realizado com técnicos de enfermagem de uma unidade hospitalar em Florianópolis, observou-se que, em função da grande demanda de trabalho da equipe de enfermagem, as pausas para descanso e realização de lanches ficavam geralmente comprometidas. Outro aspecto relevante observado foi a importância que os trabalhadores atribuíam à função convivial da alimentação, buscando fazer desse momento um encontro da equipe (SALLES et al., 2001).

Vários autores têm ressaltado a importância das pausas na atividade com intervalos estabelecidos para que o trabalhador possa se alimentar e descansar. Salientam que esse tipo de medida, inclusive prevista por lei, auxilia o trabalhador na recuperação física e mental, na reposição da energia despendida, para que tenha condições de completar sua jornada de trabalho (FURTADO, 1982; WADA, 1993).

Ironicamente, em instituições hospitalares, onde a finalidade maior é a promoção da saúde, normalmente as questões relacionadas com a saúde do trabalhador são relegadas e, muitas vezes, espoliadas pelo próprio serviço. Acredita-se que um modelo de gestão humanizado possa contribuir na melhoria das condições de trabalho, refletindo, dessa forma, além de outros aspectos, nas condições nutricionais dos técnicos de enfermagem que trabalham em hospitais.

## **2.4 Comportamento Alimentar**

### **2.4.1 Conceitos e Considerações**

Antes de se iniciar este tema, algumas considerações se fazem necessárias, uma vez que alguns autores utilizam diferentes conceitos ou abordagens para falar do comportamento



alimentar. Não é nossa pretensão esgotar aquilo que ainda tem tanto a nos mostrar, entretanto se faz necessário apresentar as premissas teóricas aqui escolhidas para nortear este trabalho.

Para Poulain (1999), a alimentação está submetida, por um lado, às pressões biológicas, ligadas ao estado do onívoro e impostas aos comensais pelos mecanismos bioquímicos e pela nossa capacidade digestiva de aproveitar os nutrientes. A outra forma são as pressões ecológicas do biótipo no qual está instalado o grupo de indivíduos. Segundo o autor, as duas formas de pressão permitem uma zona de liberdade que permeia a construção dos diferentes comportamentos alimentares.

O autor aborda, ainda, que o comedor humano está submetido a regras biológicas que a ciência da nutrição conhece cada vez melhor. Entretanto, as escolhas dos alimentos, onde estão contidos determinados nutrientes, a maneira de cozinhar, de comer, os gostos ou ausência de gostos são muito mais determinados pelos fatores sociais.

Com um enfoque bastante centrado nos fatores sociais, Garcia (1999, p. 13) diz que

Comportamento alimentar é definido como procedimentos relacionados às práticas alimentares de grupos humanos (o que se come, quanto, como, quando, onde e com quem se come; a seleção de alimentos e os aspectos referentes ao preparo da comida) associados a atributos sócio culturais, ou seja, aos aspectos subjetivos individuais e coletivos relacionados ao comer e à comida (alimentos e preparações apropriadas para situações diversas, escolhas alimentares, combinação de alimentos, comida desejada e apreciada, valores atribuídos a alimentos e preparações e aquilo que pensamos que comemos ou gostaríamos de ter comido).

Garcia (1999) salienta que o termo “hábito alimentar” para definir comportamento alimentar tem sido criticado por muitos autores. Estes consideram que, ao reduzir a alimentação a um hábito, torna-se uma prática inconsciente, constante, mecânica, a exemplo do hábito de fumar. Entretanto, a autora acredita que os autores que utilizam o termo “hábito” buscam expressar um conceito mais abrangente, embora considere mais apropriado utilizar “comportamento alimentar”, conceito também utilizado por nós doravante.

Embora o padrão alimentar e dietético faça parte do comportamento alimentar dos indivíduos, achamos interessante fazer a sua conceituação, uma vez que poderemos fazer menção a termos de forma isolada. Denomina-se de padrão alimentar o conjunto ou grupos de alimentos consumidos por dada população, obtidos através de inquéritos alimentares ou de outros métodos. A tradução dos padrões alimentares em termos nutricionais representa o

conjunto das características dietéticas da alimentação de uma população, sendo denominada de padrão dietético (GARCIA, 1999).

### **2.4.2 As Escolhas Alimentares**

O que comer, como comer, onde comer são indagações que diariamente nos cercam, pois nada é mais fisiológico do que o ato de se alimentar. Entretanto, esse ritual cercado de nuances e diversidades transforma um ato simples de sobrevivência em um contexto ecológico, rico de interfaces:

A variedade das escolhas alimentares humanas procede de sistemas culturais: se não consumimos o que é biologicamente comestível é porque não é culturalmente comestível e, se não é culturalmente comestível, é porque houve razões para isso. (GARCIA, 1999, p. 29).

Quando pensamos em escolhas alimentares, logicamente vem à mente o porquê de tais escolhas, aparecendo nesse contexto o que nos parece mais óbvio: a apreciação do alimento. Sem tirar a importância do sabor dos alimentos, certamente estaríamos simplificando demais atribuir somente a esse aspecto o nosso repertório alimentar. A própria aquisição do gosto está envolta em uma gama de fatores, que vão do biológico a fatores socioculturais.

Existe em relação ao sabor uma variedade de especulações sobre a forma como ele acontece. Sabemos que ao sabor amargo temos uma aversão inata e que, por outro lado, ao sabor doce manifestamos uma preferência também inata (GREENE, 1975).

De acordo com Fischler (2001), quatro fatores irão intervir na gênese do gosto por determinados alimentos: biológicos, psicológicos, culturais e sociais. Apesar de o autor considerar vários aspectos importantes na transmissão e na gênese do gosto, atribui a maior influência ao meio social. A mesma abordagem é feita por Castro (2001).

As práticas alimentares estão certamente influenciadas também pelas questões simbólicas. A carne, por exemplo, é um alimento altamente desejado. Sua valorização é fato em numerosas culturas, o que levou os historiadores a medir prosperidade de um período ou de uma categoria social a partir do consumo *per capita* desse alimento (GIBSON; SMOUT, 1993).

Outra forma de associação com valor simbólico é o papel que o alimento leva embutido. Um alimento pode representar símbolo de prestígio social simplesmente por um aparato publicitário (GARCIA, 1999). Rozin (1998) acrescenta, ainda, que as experiências individuais também influenciam nas escolhas alimentares.

Existe concordância de que o homem tende à variedade e à flexibilidade da dieta. Segundo Garcia (1999), o núcleo básico da dieta (corresponde à comida do cotidiano) tem uma variedade restrita, atrelada a aspectos como abastecimento, sazonalidade, hábitos regionais, facilidade de execução, acesso, etc. Para a autora, as novidades e mudanças na alimentação vão se agregando ao núcleo básico, lentamente permitindo a inclusão de novos produtos e de novas práticas, como a substituição de refeições formais por lanches, facilmente devorados em pé, na frente de televisões ou durante nossos deslocamentos.

As escolhas alimentares, anteriormente, estavam ancoradas nos recursos disponíveis, no grupo, nas tradições e rituais. Atualmente, as escolhas são regidas por componentes derivados das pressões impostas pela mídia, sugestões, prescrições e outras normas sociais.

As condições de vida geradas pelo modo de vida urbano refletem no modo de comer e de relacionar-se com a alimentação, provocando alterações no padrão alimentar. O pouco tempo que as pessoas dispõem para se alimentar transforma a pressa num dos traços mais visíveis da caracterização do modo de comer, especialmente em grandes centros urbanos. Dessa forma, o ritual da alimentação foi profundamente abreviado, atingindo de maneira linear todas as fases, da preparação ao consumo (GARCIA, 1999).

No entanto, cada estrutura apresenta seu grau de resistência, dependendo do modo como a alimentação está estruturada:

Cada estrutura culinária é única, fruto da evolução biológica e sociocultural, ponto de convergência de valores de vários povos que compartilham espaços e desenvolveram sua própria cultura. Numa sociedade onde a alimentação é bem ritualizada a estrutura da dieta tende a ser mais estável. (GARCIA, 1999, p. 23).

Acredita-se que a presença cada vez maior da mulher no mercado de trabalho tem influenciado de forma determinante nas escolhas alimentares delas e de seus dependentes. Buscam cada vez mais artifícios para abreviar suas incumbências. Utilizam facilidades

proporcionadas pelos equipamentos domésticos, produtos pré-elaborados, alimentos processados, *fast food*, refeições fora de casa, etc., como forma de maximizar o seu tempo.

Outra questão importante que influencia no comportamento alimentar das pessoas está relacionada com a mídia. Valores e padrões são embutidos na propaganda, ora explícita, ora implícita, buscando fazer um apelo. “A imposição da imagem sobre o produto embute uma fantasia na mercadoria. Um produto pode veicular estilo de vida, sexualidade, harmonia familiar, luxo, saúde, longevidade [...]” (GARCIA, 1999, p. 60).

Existe consenso de que a globalização da economia exerce um papel importante nas mudanças dos padrões alimentares devido à gama de produtos e serviços disseminados em escala mundial. Atinge a indústria dos alimentos, o setor agropecuário, a distribuição em redes de supermercados de grandes superfícies e as cadeias de lanchonetes e restaurantes.

Segundo Ortiz (1994), o processo de globalização vem acompanhado de uma estilização dos produtos, que transforma a mercadoria em bens desejáveis, para diferentes nacionalidades. Esse processo de aculturação objetiva facilitar e adequar os produtos à cultura receptora.

Fischler (2001) discute que o fenômeno da desestruturação nas práticas alimentares é mundial. A América passou por esse processo de uma forma bastante visível nos anos 60. Já na Europa as mudanças nesse campo estão acontecendo, porém são bem mais tênues, possivelmente pelo seu caráter mais conservador.

No Brasil as mudanças nas práticas alimentares têm gerado um quadro contrastante em relação aos problemas nutricionais. Por um lado, em função da miséria absoluta, observamos um exército de desnutridos ou subalimentados. Entretanto, a população que tem acesso aos alimentos tende a alimentar-se de maneira semelhante a dos países desenvolvidos, e da mesma forma a desenvolver problemas nutricionais decorrentes desse padrão alimentar, associado especialmente à obesidade e às doenças cardiovasculares (MONTEIRO et al., 2000).

Considerando que a alimentação é influenciada por diferentes fatores, ao mesmo tempo independentes e complementares, a busca por uma abordagem multidisciplinar para compreender os fenômenos que ocorrem nas escolhas alimentares tem sido considerada indispensável (OLIVEIRA; THÉBAUD-MONY, 1997).

Diante das abordagens anteriores podemos inferir que o modo de vida contemporâneo pode influenciar as escolhas alimentares e desencadear mudanças no comportamento alimentar.

### **2.4.3 Contexto Alimentar no Brasil**

Mudanças vêm ocorrendo na composição e adequação nutricionais da dieta familiar, especialmente nas áreas metropolitanas. Essa transição histórica na alimentação tem sido demonstrada a partir de grandes pesquisas nacionais.

Um estudo realizado por Monteiro et al. (2000) buscou verificar as mudanças no consumo alimentar no Brasil. Utilizaram como fontes de dados as pesquisas sobre orçamentos familiares da Fundação IBGE, realizadas entre março de 1987 e fevereiro de 1988 (POF-1988 em 13.611 domicílios) e entre outubro de 1995 e setembro de 1996 (POF-1996 em 16.014 domicílios), tendo ambas como universo da pesquisa as mesmas áreas metropolitanas do Brasil, as quais foram agrupadas por região em dois subconjuntos: Norte e Nordeste (menos desenvolvidos); e Sul, Sudeste e Centro-Oeste (mais desenvolvidos).

Quando os autores analisaram as áreas metropolitanas em conjunto, representando o hábito dos brasileiros, as mudanças de maior magnitude foram associadas ao aumento relativo no consumo de carnes, leite e derivados (com exceção da manteiga). O consumo de ovos passou a declinar, sobretudo no centro-sul do país. Leguminosas, raízes e tubérculos prosseguiram sua trajetória descendente, mas cereais e derivados tenderam a se estabilizar no centro-sul e a se elevar ligeiramente no Norte e Nordeste. O aumento no consumo do açúcar refinado e refrigerantes cresceu em todas as regiões. A participação de óleos e gorduras vegetais manteve-se constante nas regiões Norte e Nordeste e declinou intensamente no centro-sul.

Em relação ao consumo calórico médio diário *per capita*, segundo os dados das pesquisas de orçamento familiar de 1988 e 1996, observou-se redução em torno de 200 Kcal. Entre os macronutrientes, houve aumento no consumo de proteínas de origem animal e, da mesma forma, os lipídios provenientes de fontes animais também aumentaram. Em relação aos carboidratos, a maior contribuição deve-se ao aumento do consumo de açúcar refinado, que nas duas pesquisas ultrapassou as recomendações da OMS (1990). Porém, quanto aos

percentuais de adequação em relação aos carboidratos, estes ficaram abaixo das recomendações.

Ocorreram modificações em relação à distribuição de gastos para determinados itens da alimentação no período analisado. Em relação a carnes frescas e vísceras, houve redução nos gastos (17,13% para 12,97%); por outro lado, os produtos de panificação, alimentos preparados e semiprontos aumentaram sua participação no orçamento familiar. Houve declínio em torno de 16% no consumo de alimentos como arroz e feijão, e de 19% no consumo de leite de vaca. Alguns alimentos apresentaram um comportamento extremamente regionalizado. Exemplo disso é o caso do leite, que na região de Belém cresceu mais de 86%, situação completamente diferente daquela das demais regiões investigadas (GARCIA, 1999). Nesse período as despesas com alimentação representavam em média 23% do total das despesas efetuadas.

Outra pesquisa, denominada de Estudo Multicêntrico sobre Consumo Alimentar (EMCA- INAN, 1997), buscou traçar o perfil do consumo alimentar e dietético do brasileiro. Esse estudo feito em cinco cidades brasileiras (Campinas, Curitiba, Goiânia, Ouro Preto e Rio de Janeiro) mostrou como dados mais expressivos os seguintes resultados: inadequação de energia, cálcio, ferro e vitaminas, principalmente nas classes mais pobres; e satisfatória adequação de proteínas em todas as faixas de renda. As pequenas refeições (lanche, colação e ceia) foram responsáveis por mais de 40% do consumo energético total (OLIVEIRA E SILVA, 1998).

A modernização e a melhoria das condições socioeconômicas da população promoveram mudanças na alimentação, e esse panorama retratou que novas práticas alimentares estão em ascensão. O crescimento de determinados produtos, observado a partir dos dados de pesquisa de mercado da Datamark Ltda. – Market Intelligence, chega a ser assustador, como é o caso das bebidas lácteas, do iogurte e das salsichas, que tiveram sua produção extremamente aumentada na década de 90. O mesmo ocorreu com os alimentos congelados, que apresentaram um aumento de 126% nos anos 90, e com os refrigerantes, que tiveram 90% de acréscimo em sua produção nos últimos dez anos (GARCIA, 1999).

Como foi abordado anteriormente, a questão da mulher no mercado de trabalho, o fenômeno da globalização, a mídia, entre vários outros fatores, têm sido responsabilizados pelas mudanças que vêm ocorrendo no comportamento alimentar. Acredita-se que as novas práticas alimentares podem contribuir para o surgimento de desequilíbrios nutricionais, uma

vez que, geralmente aliadas à praticidade, estão associadas a refeições pouco equilibradas do ponto de vista nutricional.

Alguns dos estudos com equipes de enfermagem aos quais tivemos acesso dão enfoque para a questão do estado nutricional, utilizando indicadores antropométricos e bioquímicos, sem relacioná-lo com as condições de trabalho (NIEDHAMMER et al. 1996; ROCHA, 1999). Porém, quando realizamos uma análise ergonômica do trabalho junto a técnicos de enfermagem de uma unidade hospitalar em Florianópolis, observou-se a influência da atividade a partir de entrevistas, inquéritos nutricionais e observação. Constatou-se a falta de condições organizacionais para a promoção de uma alimentação adequada naquele ambiente de trabalho (SALLES et al., 2001).

#### **2.4.4 Aspectos Metodológicos para Avaliar o Comportamento Alimentar**

O registro e a avaliação acurada da ingestão alimentar são dois dos aspectos mais difíceis da abordagem nutricional. É praticamente impossível conhecer a alimentação dos indivíduos por meio de técnicas de registros ou inquéritos sem influenciá-los, pois, geralmente, quando as pessoas estão sendo observadas ou inquiridas a respeito do que comem, elas tendem a alterar o seu padrão alimentar, bem como hábitos e atitudes em relação aos alimentos.

Vários aspectos podem influenciar de forma implícita ou explícita a coleta de dados relativos à alimentação de um indivíduo ou de um grupo. Para Witschi (1990), entre as dificuldades destacam-se: a percepção do que se come; a capacidade de memória do indivíduo; efeitos decorrentes da idade, sexo e local da entrevista; o próprio aspecto de estar sendo avaliado em relação ao seu consumo; a variação alimentar diária e a sazonalidade; e o dia da semana em que se faz a entrevista.

Segundo Poulain e Proença (2003), o estudo das práticas alimentares se defronta com três tipos de problemas metodológicos. O primeiro se refere à natureza e ao enfoque dos dados. Passa pelo dilema de definir aquilo que os indivíduos realmente fazem ou dizem que fazem, seus conceitos pessoais, suas atitudes e valores em relação à alimentação. O segundo problema passa pela definição dos métodos de coleta. Podemos coletar dados observando os comedores ou solicitando a elas a descrição do que comem. Logicamente, os resultados não serão equivalentes. A terceira questão consiste nas vias de entrada no espaço social alimentar. Os autores consideram quatro níveis: as disponibilidades de alimento na escala dos países; as

aquisições de alimentos analisadas por categorias sociais; as práticas domésticas de compra, preparação e de consumo de alimentos; e, por fim, as diferentes modalidades de consumo individual.

A ingestão alimentar pode ser avaliada por diversos métodos. Benomo (2000) destaca e conceitua os seguintes métodos: recordatório de 24 horas<sup>2</sup>; registro ou diário dietético<sup>3</sup>; história dietética<sup>4</sup>; método de frequência de consumo alimentar<sup>5</sup>; e pesagem direta de alimentos<sup>6</sup>. Pode-se ainda combinar métodos, buscando-se obter melhor qualidade nas informações.

Métodos que dependem do relato do que foi consumido, da memória e da percepção são passíveis de apresentar um retrato infiel daquilo que foi ingerido. Como bem aborda Garcia (1999), a memória pode apresentar distorções consideráveis, tanto de forma consciente como inconsciente.

Vários autores observaram uma tendência à subvalorização de ingestão alimentar quando utilizaram o método recordatório de 24 horas (WILLET, 1990; BINGHAM et al., 1994; KRAUSE et al., 1995; ROOS; PRATTALLA, 1997).

Existe consenso de que o registro alimentar é um dos métodos mais precisos para quantificar a ingestão alimentar. Ressalta-se como vantagem o fato de não ser dependente da

---

<sup>2</sup> Recordatório de 24 horas é um método que o entrevistado tem que recordar, definir e quantificar sua ingestão alimentar do dia anterior em medidas caseiras, para análise dietética. Para facilitar a obtenção das informações, utilizam-se instrumentos visuais, tais como fotografias, kits com medidas caseiras, desenhos, réplicas de alimentos. Tais acessórios auxiliam na memória dos indivíduos e buscam fazer uma padronização das medidas caseiras e diminuir os erros de estimação das porções.

<sup>3</sup> Diário ou registro dietético consiste numa descrição detalhada pelo próprio sujeito daquilo que foi consumido durante determinado período, geralmente 7 dias. Quando o registro é feito simultaneamente ou logo após a refeição, descarta os problemas relacionados à memória, tornando-o mais preciso.

<sup>4</sup> História dietética é um método que busca conhecer aspectos mais qualitativos da dieta. Descreve a dieta típica dos indivíduos, abordando os hábitos alimentares usuais, o número de refeições, o tipo de preparações mais consumidas, o número de refeições realizadas, o local onde são feitas. Enfim, geralmente são dados que permitem conhecer o modo de se alimentar do sujeito.

<sup>5</sup> Questionário de frequência de consumo é um formulário contendo uma lista de alimentos em que o sujeito ou o entrevistador assinala aqueles que foram consumidos dentro de um determinado período preestabelecido, podendo também incluir as respectivas quantidades e porções.

<sup>6</sup> Pesagem direta de alimentos consiste no registro pelo entrevistador de todos os alimentos que serão consumidos pelo entrevistado. É um método bastante preciso, porém, demorado, caro e difícil. Entre as dificuldades mais importantes desse método está a forma como interfere na vida do indivíduo.



memória, uma vez que o registro é feito durante ou logo após as refeições (CASTRO, 1991; BINGHAM et al., 1994; RIGAUD et al., 1997; BELLISLE et al., 1999; BENOMO, 2000).

Medir a ingestão alimentar dos indivíduos de forma fidedigna, confiável e acurada é um grande desafio dos pesquisadores, dadas as dificuldades para se obter um relato livre de interferências tanto por parte do entrevistado como por parte do entrevistador.

Carrasco (*apud* GARCIA, 1999) faz uma crítica, ressaltando que a ciência da nutrição tem se mostrado, ao longo dos anos, bem mais preocupada em estabelecer relações entre nutrientes e saúde, no que se refere às necessidades e processos biológicos. O principal interesse não é pelo alimento, mas sim pelas suas propriedades e funções, estabelecendo modelos de racionalidade dietética. Ressalta que, ao contrário, na perspectiva antropológica, parte-se do interesse pela relação do homem com a comida e busca-se descobrir as razões que estão por trás do comportamento alimentar.

Para Garcia (1999), a combinação de instrumentos técnicos da área de nutrição com a pesquisa qualitativa, que foi a construção metodológica do seu trabalho, fez emergir aspectos subjetivos do comportamento. Permitiu demonstrar que a partir do estudo das práticas alimentares, muito pesquisada quantitativamente, é possível tangenciar outros aspectos, como valores, gostos, costumes, permitindo observar tendências de consumo.

Dentro dessa perspectiva fundamentamos nossa pesquisa. Para alcançar tais objetivos, buscamos adotar outras metodologias, que possibilitaram uma abordagem interdisciplinar e, dessa forma, contribuíram para a construção de um referencial teórico-metodológico para o estudo do comportamento alimentar.

A pesquisa qualitativa, embora ainda um pouco tímida no campo da saúde, vem ganhando adeptos dia a dia. De acordo com uma pesquisa retrospectiva nos periódicos do Journal of Nutrition Education (JNE), no período de 1969 a 1999, apenas 8% dos artigos publicados no jornal utilizaram pesquisa qualitativa, dos quais 85% na década de 90, mostrando uma tendência atual em explicar os fenômenos a partir de dados qualitativos na área de nutrição (SOBAL, 2001).

Segundo Benoliel (1984, p. 3), a pesquisa qualitativa é caracterizada como “modos de inquisição sistemática preocupada com a compreensão dos seres humanos e da natureza de suas transações consigo mesmos e com seus arredores”. Minayo et al. (1997) dizem que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças,

valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Pesquisadores qualitativos lidam com materiais de coleta narrativos e pouco estruturados, que possibilitam um campo livre de análise, pautados no potencial da percepção e subjetividade dos seres humanos. A coleta de dados exige, de um lado, pouca estrutura sobre a situação de pesquisa e, de outro, grande envolvimento do pesquisador, buscando valorizar e revelar ao máximo as experiências dos sujeitos analisados (POLIT; HUNGLER, 1993).

A análise qualitativa pode utilizar diversos procedimentos de coleta, dos quais destacamos as entrevistas, que podem ser coletivas ou individuais, grupos focais e análise documental. A pesquisa qualitativa não está baseada no critério numérico para garantir sua representatividade. Normalmente, baseia-se na saturação dos dados, ou seja, na repetição das informações para estabelecer o limite de entrevistas. Contudo, Sobal (2001) observou em um levantamento bibliográfico que a média da amostra nas entrevistas individuais foi de 30 pessoas.

As entrevistas individuais são consideradas um método bastante confiável, na medida em que é conduzido ou pelo próprio pesquisador ou por pessoas treinadas (POULAIN; PROENÇA, 2003).

A análise dos dados coletados por diferentes métodos constitui outra etapa da pesquisa qualitativa. Os recursos técnicos para operacionalização dessa etapa contam com algumas possibilidades, das quais destacamos: a análise do conteúdo; a análise do discurso; e a hermenêutica-dialética (MINAYO, 1996).

Segundo Minayo (1996), a expressão mais comumente utilizada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a análise de conteúdo. Segundo Bardin (1977, p. 42), análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitem inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens”.

## 2.5 Conclusão do Capítulo

No presente capítulo pretendeu-se fazer uma síntese da linha de raciocínio que norteou a revisão teórica, conforme se pode observar de forma esquemática na Figura 5.

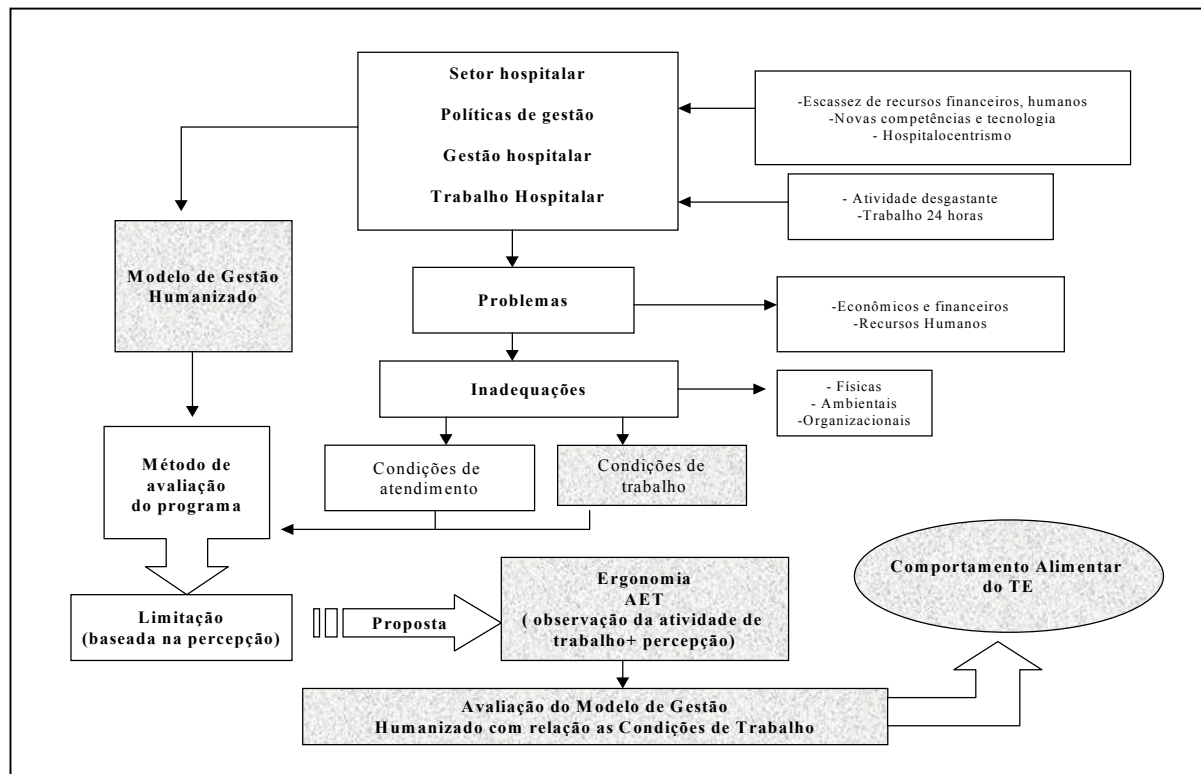


Figura 5: Representação esquemática do embasamento teórico

O setor hospitalar no Brasil enfrenta um período de grande turbulência. A ampliação da demanda social, aliada à magnitude da recessão econômica, reflete uma carência progressiva quantitativa e qualitativa de recursos humanos. A falta de um modelo assistencial de base epidemiológica, em que a prevenção é o principal objetivo, ocasionou uma situação caracterizada pelo “hospitalocentrismo”, tornando o hospital o principal provedor de cuidados de saúde junto à população. Esse modelo vem se tornando insustentável para abarcar o aumento da demanda social, aliada à carência de políticas governamentais na área da saúde.

Movidos pelas constantes crises do setor da saúde e buscando minimizar essa situação, que tem reflexos tanto para o trabalhador da saúde como para a população usuária, o Ministério da Saúde criou o PNHAH, cujo objetivo central é promover uma cultura de atendimento humanizado na área da saúde.

Atualmente, grande contingente de profissionais que atuam em hospitais enfrenta condições adversas de trabalho. Dessa forma, a nossa intenção é avaliar o impacto do programa sob a ótica de um dos seus grandes eixos: a humanização das condições de trabalho. Entre os indicadores do nível de humanização das condições do trabalho hospitalar, ressaltamos aspectos relacionados à saúde física e mental, condições econômicas, condições operacionais, assim como a gestão hospitalar.

O PNHAH elaborou um instrumento de avaliação do impacto do programa nos hospitais, baseando-se na percepção dos trabalhadores e pacientes em relação às condições de trabalho e aos serviços prestados. Os dados que subsidiaram o instrumento de avaliação foram obtidos na Pesquisa de Satisfação do Usuário e dos Profissionais de Saúde nos hospitais envolvidos no programa.

Consideramos que, em virtude de o método proposto pelo programa considerar somente a percepção dos atores envolvidos, havia, sob o nosso ponto de vista, a necessidade de se agregarem aspectos observados no cotidiano do trabalhador, tornando a avaliação mais concreta. Dessa forma, optamos por adotar uma metodologia de avaliação que acrescentasse aspectos relacionados com a prática profissional, a partir da observação real do trabalho, e confrontados com a percepção dos trabalhadores. Buscamos elaborar um instrumento capaz de identificar de forma mais concreta o impacto do programa sobre as condições de trabalho e seus possíveis reflexos sobre o comportamento alimentar.

A base metodológica que norteou nosso instrumento se pautou na pesquisa qualitativa, utilizando o método da Análise Ergonômica do Trabalho (AET). A escolha teve como aspectos fundamentais ser um método testado, reconhecido e amplamente utilizado no meio acadêmico. Apresenta um modelo de observação e análise bem definido, além de sua abrangência e versatilidade, para avaliar as situações de trabalho. A AET oferece diversos instrumentos, dos quais utilizamos: análise documental; relato dos atores envolvidos no processo; aplicação de questionários; entrevistas individuais em profundidade; e observação real da atividade.

Nosso foco de interesse foi o de identificar os condicionantes físicos, ambientais e organizacionais que poderiam refletir de alguma maneira no espaço alimentar dos trabalhadores. Pretendeu-se com o emprego da AET, associada à Ciência da Nutrição, avançar no conhecimento dos possíveis condicionantes que podem afetar o comportamento alimentar no trabalho e propor concomitantemente um novo método para avaliar o impacto do programa de humanização sob a ótica da alimentação do trabalhador.

A categoria profissional analisada é formada por técnicos de enfermagem, por representarem o maior contingente de trabalhadores da área da saúde e por existirem diversos estudos afirmando que os trabalhadores da enfermagem são altamente afetados pelas relações de trabalho. Destacam-se entre as causas o ritmo acelerado, a carga de trabalho, a sobrecarga emocional, as dificuldades de relacionamento interpessoais, as fracas possibilidades de carreira e ascensão profissional e os baixos salários.

Foi considerado também o fato de estes profissionais atuarem em contato direto com os pacientes, representando o elo de ligação entre a instituição e os usuários. Dessa forma, as condições de trabalho a que estão expostos podem refletir diretamente na maneira de se relacionar com o paciente.

As adversidades vivenciadas no ambiente de trabalho podem refletir, ainda, na saúde do trabalhador, trazendo mudanças gerais nos hábitos, com possíveis repercussões no comportamento alimentar e no estado nutricional. Avaliar essas mudanças é fundamental, uma vez que a alimentação exerce um importante papel na vida das pessoas, tanto do ponto de vista biológico como do ponto de vista das relações sociais.

É pressuposto teórico que um bom estado nutricional potencializa a produtividade no trabalho. Acredita-se que as novas práticas alimentares que emergem em função do contexto de vida contemporâneo podem contribuir para o surgimento de desequilíbrios nutricionais, uma vez que, geralmente aliadas à praticidade, uma das marcas da atualidade, estão associadas a refeições pouco equilibradas do ponto de vista nutricional.

Porém, consideramos que a alimentação vai muito além das questões fisiológicas, da manutenção da força de trabalho. O alimento integra e dá identidade ao grupo, favorecendo as relações interpessoais. Falar de humanização nas estruturas hospitalares passa, inevitavelmente, pela questão da satisfação do trabalhador. O ser humano canaliza na alimentação muitas emoções, que podem representar prazer ou sofrimento. Dessa forma, consideramos que a comida alimenta o corpo e a alma dos indivíduos.

Partindo dessa premissa, procuramos correlacionar as condições de trabalho com o comportamento alimentar, buscando identificar condicionantes que podem afetar o comportamento alimentar dos trabalhadores e, a partir dos achados, propor possíveis intervenções.

### **3 ESTUDO DE CASO: ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

O presente estudo foi desenvolvido em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital-escola, sediado na capital do estado de Santa Catarina. A escolha do local para análise ocorreu em função de o referido hospital fazer parte de um projeto piloto do Governo Federal denominado Programa Nacional de Humanização Hospitalar, lançado em 2001, atualmente em fase de implantação.

Consideramos ainda como fato relevante ser um hospital voltado para o ensino, pesquisa e extensão, o que facilita a interação do pesquisador com a instituição. A coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a julho de 2003. Todos os turnos de trabalho foram acompanhados.

#### **3.1 Procedimentos Metodológicos**

##### **3.1.1 Caracterização do Estudo**

Buscando demonstrar a complementaridade de duas metodologias de áreas distintas, Ergonomia e Nutrição, esta pesquisa tem um caráter exploratório, com abordagem qualitativa, cujo desenvolvimento utilizou o método da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) por meio de estudo de caso.

A pesquisa qualitativa busca conhecer um nível de realidade que não pode ser quantificado no contexto onde o fenômeno ocorre e do qual faz parte (MINAYO, 1996).

O estudo de caso, segundo Godoy (1995b), tem sido apontado como a estratégia de opção quando os pesquisadores procuram responder às questões “como” e “por que” determinados fenômenos acontecem, quando há pouca possibilidade de controle sobre os eventos estudados e quando o foco de interesse é sobre fenômenos atuais. As técnicas fundamentais de pesquisa de dados utilizadas no estudo de caso são as entrevistas e a observação.

### **3.1.2. População e Local**

Este estudo desenvolveu-se nas Clínicas Cirúrgicas I e II (CCR I e II) de um hospital universitário localizado no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Os procedimentos propostos nesta pesquisa foram avaliados e aprovados pelo comitê de ética de pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, seguindo a Resolução 196, de 1996.

Os trabalhadores da unidade em estudo foram contatados e esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia a ser aplicada. A participação ocorreu de forma livre, apenas movida pela motivação relacionada ao assunto da pesquisa.

O local foi escolhido devido a alguns aspectos; em primeiro lugar, o interesse do investigador em aprofundar algumas questões anteriormente investigadas em um trabalho de disciplina do doutorado com os técnicos de enfermagem (TE). Na ocasião foi possível observar que fatores relacionados às condições de trabalho podiam influenciar no comportamento alimentar. Outra questão esteve relacionada com a participação do hospital no PNHAH, fazendo parte dos hospitais pioneiros na implantação do referido programa. Salientamos, ainda, o aspecto de ser um hospital que apóia as iniciativas de pesquisa.

Cabe lembrar que essa instituição sempre teve como missão oferecer à comunidade um atendimento universal e humanizado, buscando desenvolver prevenção, diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa.

Partindo da premissa de que, para prestar um serviço humanizado ao cliente, devemos também oferecer condições humanizadas de trabalho, foi nosso interesse conhecer as condições que os técnicos de enfermagem têm para desenvolver sua atividade na instituição, dando ênfase às questões relacionadas à sua alimentação no trabalho.

Em um primeiro momento foram contatados, após conversa com a chefia da unidade, alguns funcionários para serem acompanhados. Depois de apresentar para o grupo os objetivos da pesquisa, foram selecionados seis voluntários, representados em todos os turnos de trabalho. Assim, marcados os dias de observação de acordo com a disponibilidade de cada um dos TE, realizou-se a análise da atividade, que constituiu uma das etapas da AET.

Posteriormente, buscando aprofundar as questões relacionadas ao comportamento alimentar e em relação à concepção de hospital humanizado, a população foi composta de

todos os TE das CCR I e II que se propuseram a participar dessa etapa, o que totalizou 31 profissionais.

Todos os voluntários assinaram um termo de consentimento que seus depoimentos servissem como subsídio a essa pesquisa (Apêndice A). Foi garantido o sigilo quanto às informações, entendidas como confidenciais, bem como quanto à sua identidade. Buscando resguardar o anonimato, cada participante teve a liberdade de escolher um nome fictício.

No transcorrer da coleta de dados, o clima foi de harmonia, descontração e de envolvimento das partes. Consideramos como um fator importante o tempo de permanência do pesquisador junto aos entrevistados, que se estendeu de fevereiro a julho de 2003, o que facilitou os laços de confiança.

Minayo et al. (1993) apontam que devemos buscar uma aproximação gradual com os sujeitos pesquisados, fazendo com que cada dia de trabalho sofra uma reflexão e avaliação com base nos objetivos propostos. Destacam ainda ser fundamental consolidarmos uma relação efetiva de respeito com a população estudada. Por esses aspectos, consideramos importante um tempo de vivência no cenário a ser investigado.

### **3.1.3 Seleção das Variáveis**

A partir da revisão bibliográfica, elaborou-se a seleção das variáveis para análise das condições de trabalho da unidade de internação das CCR I e II, pautadas na AET, seguindo o modelo de análise elaborado por Proença (1996), em sua tese, as quais correspondem à análise da demanda, da tarefa e da atividade.

As variáveis referentes à análise da demanda correspondem aos contextos onde a situação de trabalho analisada está inserida. Interage um conjunto de aspectos políticos, econômicos, técnicos e organizacionais da situação em estudo. Podemos observar no Quadro 1 as variáveis da demanda.



DIMENSÃO	DEFINIÇÃO	INDICADORES
Aspectos sociais, políticos, técnicos e organizacionais	Abrange dados referentes ao hospital	<p><b>1. Caracterização geográfica, econômica e histórica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Localização geográfica do hospital selecionado (país, estado, cidade)</li> <li>- Data da fundação</li> <li>- Características da instituição (pública ou privada, tipo de atendimento, especialidades oferecidas)</li> <li>- Objetivo da instituição</li> <li>- Recursos financeiros (provedores)</li> <li>- Modelo de gestão hospitalar (filosofia da instituição, gestão participativa, colegiada)</li> </ul> <p><b>2. Características organizacionais do hospital</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N° de leitos (total e por unidade)</li> <li>- Características da clientela</li> <li>- Tempo médio de permanência dos pacientes</li> <li>- Organograma geral e da unidade de trabalho</li> <li>- N° total de funcionários e por categoria</li> <li>- Política de seleção e contratação de pessoal</li> </ul>

Quadro 1: Definição das dimensões e respectivos indicadores referentes à análise da demanda

As variáveis referentes à análise da tarefa correspondem às condições físicas e organizacionais da situação estudada. Os indicadores considerados neste estudo com relação à dimensão bem como a definição das variáveis estão relacionados no Quadro 2, na página seguinte.

DIMENSÃO	DEFINIÇÃO	INDICADORES
Aspectos físicos	Corresponde aos fatores técnicos e ambientais e percepção dos trabalhadores em relação a esses aspectos	<b>1. Fatores Técnicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Instalações físicas</li> <li>– Equipamentos utilizados</li> <li>– Instrumentos para realização das tarefas</li> </ul> <b>2. Fatores Ambientais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Condições térmicas</li> <li>– Condições acústicas</li> <li>– Condições lumínicas</li> </ul>
Aspectos relativos aos trabalhadores	Dados referentes à população estudada	<b>3. Características dos Funcionários</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Faixa etária, Sexo, estado civil</li> <li>– Nível salarial</li> <li>– Carga horária semanal e turno de trabalho</li> <li>– Nível de escolaridade</li> <li>– Formação profissional específica</li> <li>– Tempo de serviço no setor</li> <li>– Outro vínculo empregatício</li> <li>– Outra atividade regular (formação)</li> <li>– Morbidade (doenças presentes e queixas)</li> <li>– Dados antropométricos</li> <li>– Estado Nutricional (índice de massa corporal- IMC)</li> </ul>
Aspectos organizacionais	Dados referentes à organização do trabalho	<b>4. Características Organizacionais do Trabalho</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de funcionários total/categoria</li> <li>- Modelo de contrato</li> <li>- Forma de inserção na unidade</li> <li>- Jornada e horário de trabalho</li> <li>- Salários (adicional noturno, hora extra, insalubridade)</li> <li>- Índices (absenteísmo, rotatividade, acidentes de trabalho)</li> <li>- Níveis hierárquicos da unidade selecionada</li> <li>- Atribuição da categoria</li> <li>- Divisão da tarefa</li> <li>- Dados relativos à clientela (enfermaria, nº de leitos, faixa etária, tempo médio de internações, nível de dependência, nº de óbitos)</li> <li>- Fluxo de informações</li> <li>- Formalização das tarefas</li> <li>- Programas de treinamento e aperfeiçoamento</li> <li>- Programas voltados à melhoria das condições de trabalho</li> <li>- Programas de assistência à saúde do trabalhador</li> <li>- Pausa para descanso e alimentação</li> <li>- Direito à alimentação</li> <li>- Local para realização das refeições</li> </ul>

Quadro 2: Definição das dimensões e respectivos indicadores referentes à análise da tarefa

As variáveis referentes à análise da atividade correspondem às condicionantes ambientais, físicas, gestuais e organizacionais da situação estudada. Os indicadores considerados neste estudo com relação à dimensão bem como a definição das variáveis estão relacionados no Quadro 3.

DIMENSÃO	DEFINIÇÃO	INDICADORES
Condicionantes ambientais	Corresponde aos fatores técnicos e ambientais que interferem no espaço de trabalho	<b>1. Fatores ambientais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condições térmicas</li> <li>- Condições acústicas</li> <li>- Condições lumínicas</li> <li>- Condições biológicas</li> <li>- Condições físicas</li> </ul>
Condicionantes físicos e gestuais	Correspondem às posturas e gestos necessários à realização da atividade na organização do trabalho	<b>2. Gestos, posturas e movimentos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frequência da postura ao longo da jornada de trabalho</li> <li>- Interferência das condições dos móveis, equipamentos e área de trabalho</li> <li>- Nível de segurança das posturas adotadas durante o trabalho</li> </ul>
Condicionantes organizacionais	Correspondem aos aspectos referentes à organização do trabalho	<b>3. Características organizacionais do trabalho</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condições funcionais dos trabalhadores: modelo de contrato, carga horária, salário, dupla jornada</li> <li>- Natureza da atividade: variabilidade, complexidade, conhecimentos, memorização, atenção</li> <li>- Organização das tarefas: interrupção e gestão dos problemas (ritmo acelerado, trabalho parcelado, monótono e repetitivo, improvisação, desconsideração, fadiga, insatisfação)</li> <li>- Formas de promoção (espaços facilitadores, programas, benefícios, socialização, discussão do conhecimento)</li> <li>- Condições para a alimentação do trabalhador: direito à alimentação, local e tempo para refeição</li> </ul>

Quadro 3: Definição das dimensões e respectivos indicadores para as variáveis referentes à análise da atividade

### 3.1.3.1 Instrumentos de Pesquisa e Coleta de dados

Considerando-se as características da metodologia da análise ergonômica do trabalho e as técnicas fundamentais da pesquisa qualitativa para a coleta de dados, utilizamos a análise documental, a observação e as entrevistas.

A **análise documental** se deu de forma a subsidiar os pressupostos levantados na seleção dos indicadores. Os dados obtidos foram fundamentais para a análise das variáveis selecionadas pertinentes à realidade observada. A coleta de dados pode ser realizada, conforme Godoy (1995a), nas mais diferentes fontes, como instituições oficiais ou não, bibliotecas e arquivos, registros de rotinas das unidades, etc.

As **entrevistas** foram aplicadas com os seis sujeitos que foram acompanhados em sua atividade além dos enfermeiros-chefes e diretoria de enfermagem. Puderam, a partir da sua ótica, falar das características organizacionais, do seu juízo de valor, das suas referências normativas e das suas interpretações, da existência ou não de situações conflitantes, segundo sua leitura e experiência vivenciada (MINAYO, 1996).

Compreende, ainda, como uma etapa fundamental desta pesquisa a **observação**. No estudo de caso a observação direta dos fenômenos permite ao pesquisador fazer a apreensão dos comportamentos no exato momento em que eles estão ocorrendo e sem intermediações de documentos ou relatos de terceiros (QUIVY; CAMPEHOUDT, 1992).

A pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando conhecer o fenômeno segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes do estudo. (GODOY, 1995a, p. 58).

O estudo de caso busca conhecer em profundidade e em suas múltiplas dimensões dada situação. Portanto, nesse método não existe a preocupação numérica de garantir a representatividade. A seleção da amostra está, sim, relacionada com a presença das características mais significativas associadas ao problema a ser investigado.

Para a **avaliação do estado nutricional** foram realizadas as medidas antropométricas de peso (kg) e altura (cm), com os indivíduos descalços e trajando roupas leves. Para obtenção das medidas, utilizou-se a balança da unidade marca Filizola, com capacidade para 150 kg, que conta com um antropômetro. No final do procedimento, foram coletados dados como idade, tempo de serviço na unidade, turno de trabalho, outro vínculo empregatício, que poderiam servir para o enriquecimento da análise (Apêndice B).

Posteriormente, foi utilizado para a **classificação do estado nutricional** o Índice de Massa Corporal (IMC), obtido da relação entre massa corporal e estatura dos indivíduos ( $\text{kg/estatura}^2$ ). Para fazer o diagnóstico nutricional, foram utilizados os pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998), segundo a Tabela 1.

Tabela 1: Classificação do estado nutricional de adultos de acordo com o IMC\*

Classificação	IMC
Baixo peso	< 18,5
Limites de normalidade	18,5-24,9
Sobrepeso	≥ 25,0
Pré-obesidade	25,0-29,9
Obesidade grau I	30,0-34,9
Obesidade grau II	35,0-39,9
Obesidade grau III	≥ 40,0

\*IMC – Índice de Massa Corporal (WHO, 1998).

Com objetivo de alcançar as dimensões relativas ao **comportamento alimentar** e percepção dos TE em relação à **humanização das condições de trabalho**, foram realizadas entrevistas **semi-estruturadas**. Os 31 entrevistados foram abordados com perguntas norteadoras, sempre considerando os seus sistemas de valores e suas vivências, porém sem perder de foco os objetivos da pesquisa (QUIVY; CAMPEHOUDT, 1992).

As entrevistas foram realizadas na sala da nutricionista da unidade cirúrgica, que fica anexa às Clínicas I e II. Solicitamos à chefia o afastamento dos sujeitos durante o horário do serviço para facilitar o encontro, com agendamento prévio com cada entrevistado. Optou-se por um local próximo da unidade em função de dar mais tranquilidade ao sujeito. O tempo médio das entrevistas foi de 43 minutos.

Utilizamos na entrevista as seguintes perguntas norteadoras:

- a) O que é para você ser técnico de enfermagem?
- b) O que você entende por um hospital humanizado?
- c) Como você se alimenta em casa?
- d) Como você se alimenta no trabalho?

Após a transcrição das gravações e digitação, foi entregue para cada participante uma cópia da sua entrevista e foi esclarecido que se poderia contestar, suprimir ou acrescentar algo no material. Caso houvesse dúvidas, estaríamos à disposição para esclarecê-las. Em um outro momento, retornamos e, com a assinatura de acordo do sujeito, consideramos validado o material.

### 3.1.4 Tratamento e Análise dos Dados

A partir do tratamento e análise dos dados, buscou-se verificar a existência e concordância entre os resultados observados e as questões levantadas nos pressupostos. Dessa forma, seguindo as orientações propostas por Quivy e Campenhoud (1992), o tratamento e a análise dos dados foram realizados em três etapas:

- a) descrição e agregação dos dados;
- b) análise da relação entre as variáveis; e
- c) comparação entre os resultados obtidos e os esperados.

Em relação às entrevistas semi-estruturadas aplicadas com os TE, realizou-se, então, o trabalho de Análise de Conteúdo (AC), que, segundo Bardin (1977, p. 42), é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitem inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens”.

As etapas propostas por Bardin (1977) para análise dos dados são as seguintes:

a) pré-análise do conteúdo das entrevistas transcritas. A partir de uma leitura flutuante do material coletado, consideram-se os seguintes aspectos:

✓ **exaustividade** – o material selecionado deverá dar abrangência a todos os elementos necessários;

✓ **representatividade** – na amostragem, selecionar o material realmente representativo;

✓ **homogeneidade** – a escolha dos documentos deve estar baseada na mesma técnica;

e

✓ **pertinência** – o material precisa conter ou selecionar o problema; e

b) a exploração do material, fazendo-se uma codificação dos dados a partir das unidades de registro, que correspondem ao segmento de conteúdo a ser considerado como unidade de base. As unidades de registro por nós utilizadas foram:

✓ **a palavra ou frase;** e

✓ **tema;** e

c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Partindo-se das categorias temáticas, tendo como base os pressupostos teóricos que fundamentaram a pesquisa, fazem-se a inferência e a interpretação dos dados, realizando-se o processo reflexivo.

Na etapa de exploração do material, segue-se, então, com a operação de codificação que se refere ao recorte, enumeração, classificação e agregação das unidades de base, os quais devem estar relacionados aos objetivos da pesquisa. A classificação reflete os elementos constantes nos dados, ordenados de acordo com suas semelhanças. A seguir, realiza-se a categorização, que representa as unidades de significado agrupadas de modo a constituírem categorias temáticas.

Finalmente, a partir dos dados obtidos e analisados, foi feito um levantamento das condicionantes das situações de trabalho, buscando identificar questões que possam influenciar no comportamento alimentar dos trabalhadores observados e, dessa forma, elaborar um caderno de encargos e recomendações ergonômicas.

## **3.2 Descrição do Estudo de Caso**

### **3.2.1 Análise da Demanda**

Buscou-se, nesta etapa, caracterizar primeiramente a estrutura hospitalar, levantando as questões que norteiam seu modelo de gestão e, posteriormente, adentrando especificamente na unidade de observação e identificando suas características gerais, com ênfase nas características organizacionais e físicas da unidade.

#### **3.2.1.1 Caracterização Geográfica, Histórica e Econômica**

O Hospital Universitário (HU), fundado em março de 1980, é um órgão suplementar, previsto no artigo 12, inciso V, do Estatuto da Universidade Federal de Santa Catarina. Está diretamente vinculado ao reitor. Situado no *campus* da Universidade Federal de Santa Catarina, bairro Trindade, município de Florianópolis, caracteriza-se como um Hospital Geral e tem por finalidade promover a assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e afins. São objetivos do Hospital Universitário, segundo seu Regimento Interno:

- a) ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e afins, sob orientação das Coordenadorias e dos Departamentos de Ensino, que nele efetivamente atuam;
- b) prestar assistência à saúde da comunidade em todos os níveis de complexidade, de forma universalizada e igualitária; e
- c) prestar atendimento público às comunidades local, regional e estadual, nos setores ambulatoriais, de internação e de serviços complementares. Sua clientela é exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS) e o atendimento se dá de forma universalizada e igualitária.

Financeiramente, o Hospital é subsidiado por recursos repassados pelo MEC à UFSC, e esta, por sua vez, mantém mensalmente as despesas com a folha de pagamento dos servidores efetivos e ainda as despesas com telefone, água e energia elétrica. As demais despesas do Hospital são subsidiadas por arrecadação própria, oriunda da sua participação no SUS.

O modelo de gestão é participativo e colegiado, tendo como filosofia norteadora das suas atividades a humanização do atendimento.

### **3.2.1.2 Características Organizacionais do Hospital Universitário**

De acordo com Regimento Interno, o Hospital é dirigido pela Administração Superior e pela Administração Setorial. A Administração Superior compreende o diretor geral, o vice-diretor e o Conselho Diretor (diretores de Medicina, Enfermagem, Administração e Apoio Assistencial). A Administração Setorial compreende cada diretor de área com suas respectivas chefias. O organograma geral do Hospital pode ser observado no Anexo D.

Quanto à classificação, o Hospital é considerado geral e de grande porte. Foi projetado com capacidade para atender 350 internações nas diversas especialidades, entretanto, devido a problemas relacionados ao número de servidores, funciona atualmente com 261 vagas. Na Tabela 2, a seguir podemos observar a distribuição de leitos, taxa de ocupação e média de permanência das clínicas.



Tabela 2: Distribuição de leitos, taxa de ocupação, média de permanência e número de internações nas clínicas de internação do HU\*

<b>Clínicas</b>	<b>Leitos</b>	<b>Taxa Ocupação</b>	<b>Média Permanência</b>	<b>Internações</b>
Médica	92	92,5	13,1	194
Cirúrgica	60	83,0	9,1	165
Pediátrica	30	46,4	6,9	61
Ginecológica	6	52,0	2,8	34
Obstétrica	58	77,2	2,9	466
UTI adulto	6	71,7	4,8	27
UTI neonatal	6	68,0	12,1	10

\* Dados relativos ao primeiro semestre de 2003

O HU possui vários setores de serviços classificados da seguinte forma: setores de atividades-fim (relacionados diretamente às atividades de assistência); setores de atividades-meio (setores de apoio à assistência); e setores administrativos (destinados às atividades administrativas, de conservação e segurança).

São setores de atividades-fim: Seção de Controle de Infecção Hospitalar, Ambulatório – Áreas A, B, C, D, E, Emergência Adulto, Emergência Pediátrica, Ambulatório de Pequenas Cirurgias, Clínica Pediátrica, Clínica de Internação Ginecológica e Emergências Obstétricas, Centro Obstétrico, Clínica de Internação Obstétrica, Clínica de Neonatologia, Central de Incentivo ao Aleitamento Materno, Clínica Médica 1, Clínica Médica 2, Clínica Médica 3, Centro de Tratamento Intensivo, Centro de Tratamento Dialítico, Centro de Esterilização, Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica 1, Clínica Cirúrgica 2.

São setores de atividades de apoio: Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço Social, Serviço de Psicologia, Radiologia, Serviço de Medicina Nuclear, Laboratório de Análises Clínicas, Serviço de Hemoterapia, Serviço de Prontuário Médico, Serviço de Arquivo e Estatística, Serviço de Anatomia Patológica, Serviço de Farmácia e Farmácia Semi-Industrial.

São setores de atividades meio: Divisão Auxiliar de Pessoal, Setor de Capacitação Técnica, Setor de Zeladoria e Vigilância, Serviço de Manutenção, Setor de Processamento de Roupas, Setor de Compras, Setor de Controle de Materiais e Patrimônio, Setor de Almoxarifado, Setor de Informática, Setor de Faturamento, Setor de Comunicação e Transporte, Serviço de Limpeza e Conservação.

Em relação à força de trabalho, o Hospital conta com 1.546 funcionários, dos quais 245 são de nível de apoio, 817 são de nível médio, e 484 são de nível superior. Na categoria nível médio, os auxiliares e os técnicos de enfermagem representam o maior contingente de

trabalhadores, aproximadamente 50%. Entre os profissionais de nível superior, a maior representação é de médicos (254), seguidas por enfermeiros (136).

A política de seleção e contratação de pessoal é determinada pelo Governo Federal por concurso público. Buscando contornar os problemas de pessoal existentes, devido às restrições impostas pelo Governo Federal com relação à contratação de pessoal permanente, o Hospital recorre de forma provisória a outras formas de contratações temporárias.

Atualmente, existem 1.091 servidores permanentes admitidos por concurso público, regidos pelo Regime Jurídico Único. Em outras modalidades existem os contratados, por intermédio da Fundação de Amparo à Pesquisa Universitária (Fapeu), os quais são regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e totalizam 307 profissionais, e ainda os terceirizados, que somam 143 profissionais, sendo admitidos por contratos firmados com empresas prestadoras de serviços. Esta última modalidade contratual atende, exclusivamente, aos serviços de lavanderia, vigilância e limpeza, e parcialmente ao serviço de nutrição e dietética. Além desse pessoal, o Hospital conta com a força de trabalho de 53 residentes na categoria de bolsistas.

### **3.2.2 Análise da Tarefa**

Segundo Santos et al. (1997), nesta etapa, torna-se evidente a utilização da ergonomia na medida em que se busca, através da análise ergonômica do trabalho, em situações análogas àquelas estudadas, levantar as dificuldades existentes, para então otimizar a utilização dos recursos envolvidos e o funcionamento das instalações. Nesta fase descrevem-se as tarefas prescritas e os sujeitos.

#### **3.2.2.1 A Diretoria de Enfermagem**

A enfermagem está situada dentro da estrutura organizacional, como Diretoria Setorial, desde 1979, antes mesmo da inauguração da instituição. A Diretoria de Enfermagem (DE) está diretamente subordinada ao diretor geral e possui autonomia no que se refere às questões técnicas pertinentes à profissão e organização do trabalho.

Possui em sua estrutura diretiva quatro divisões (Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem na Saúde da Criança, do Adolescente e da Mulher, e Enfermagem Ambulatorial), com 13 serviços ligados diretamente às suas divisões. Conta ainda com dois

núcleos e três Comissões Permanentes de Assessoramento (Comissão de Ética de Enfermagem – CEEEn, Comissão Permanente de Materiais Assistenciais – CPMA, e Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem – CEPEn) (Anexo E).

A Diretoria de Enfermagem é composta de 607 profissionais, divididos da seguinte forma: enfermeiros – 136; técnicos e auxiliares de enfermagem – 390; instrumentadores cirúrgicos – 11; auxiliares de saúde – 48; e auxiliares administrativos – 22 (2003/1).

A situação analisada foi o trabalho dos técnicos/auxiliares de enfermagem que exercem suas atividades na Clínica Cirúrgica I e na Clínica Cirúrgica II (CCR I e II) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Embora técnicos e auxiliares de enfermagem tenham atribuições profissionais diferenciadas na instituição analisada, executam as mesmas atividades, levando-nos por esse motivo a tratá-los neste estudo como técnicos de enfermagem (TE).

### **3.2.2.2 Aspectos Físicos e Ambientais das Clínicas CCR I e CCR II**

As CCR I e II ocupam em torno de 500 m<sup>2</sup> cada uma. O ambiente é claro, o piso é lavável e antiderrapante. Apresenta luminosidade natural e artificial, com circulação de ar pela existência de janelas em todas as unidades. Não está equipada com aparelhos de ar-condicionado, existindo, porém, a presença de ventilação natural.

As CCR I e II possuem 30 leitos, distribuídos por especialidades, atendendo ambos os sexos. Seus leitos estão disponibilizados da seguinte forma:

a) Clínica Cirúrgica I: faz atendimento à cirurgia geral. Possui 12 quartos para internação, dos quais nove possuem dois leitos destinados à ocupação masculina e três quartos apresentam quatro leitos para mulheres; e

b) Clínica Cirúrgica II: seus leitos estão divididos predominantemente por especialidade, distribuídos da seguinte forma: vascular – 12 leitos; proctologia – 8 leitos; urologia – 6 leitos; e ortopedia e cirurgia plástica – 4 leitos. O atendimento é para pacientes de ambos os sexos, cabendo à enfermagem fazer os remanejamentos necessários para acomodar de acordo com a demanda das especialidades e o sexo.

As tarefas dos técnicos de enfermagem, em função da multiplicidade de ações, são desenvolvidas em diferentes postos de trabalho. Na unidade de internação é desenvolvida a maioria das ações no atendimento aos pacientes. Os 30 leitos estão distribuídos em 12

quartos, alguns com quatro leitos e outros com dois leitos. O leiaute da unidade pode se observado no Anexo F.

As dependências das CCR I e II são:

a) Quartos dos pacientes: os quartos são pequenos e têm sua capacidade de circulação bastante comprometida em função do número de leitos, tamanho das camas e presença de poltronas para acompanhantes. Os banheiros dos pacientes estão no interior dos quartos. Apresentam pequenas dimensões, e a porta de acesso é estreita;

b) Sala de serviço (ou de medicamentos): local de preparo dos medicamentos prescritos pela equipe médica, e higienização de materiais utilizados na medicação. Possui balcões em torno da sala, ficando no meio um corredor inferior ao necessário;

c) Sala de curativos: esta sala é destinada para a realização de procedimentos de maior complexidade, que não podem ser realizados no quarto do paciente. Entretanto, mesmo não sendo específica para esse fim, nesta sala é realizada por alguns técnicos a retirada da prescrição de medicamentos dos prontuários dos pacientes;

e) Posto de enfermagem: neste local estão centralizadas as informações escritas sobre o paciente. É onde ocorre a maior concentração de comunicações com a equipe de saúde (médicos, nutricionistas, estagiários) e com familiares (pessoalmente ou por telefone). Neste ambiente encontram-se os prontuários e exames dos pacientes, o painel de controle dos leitos com as campainhas para pronto atendimento e dois ramais de telefone (interno e externo);

d) Sanitário para equipe: existe apenas um pequeno sanitário para toda a equipe de saúde e alunos que circulam pelo setor. Localiza-se anexo ao posto de enfermagem;

e) Rouparia: local destinado para a guarda das roupas para utilização exclusiva do setor;

f) Sala de guarda de equipamentos: neste local, além da guarda dos equipamentos (suportes de soro, grades de cama e outros), as caixas dos soros são armazenadas. Neste espaço está localizado, também, o armário para guarda dos pertences da equipe de enfermagem da unidade, uma vez que não existe vestuário;

g) Sala de expurgo: esta sala está destinada ao serviço de limpeza do setor. Neste espaço são guardados utensílios tais como comadres, bacias, jarras, suporte para o ramper e outros. É neste local também que são depositados as roupas sujas e os sacos de lixo, para posterior recolhimento pela equipe responsável;

h) Sala de aula: esta sala está destinada à passagem de plantão e reunião dos alunos para estudos. Na CCR I, esta sala também é utilizada para descanso do pessoal do turno noturno, uma vez que não existe local apropriado para descanso;

i) Sala de descanso: na CCR II existe este espaço que conta com colchonetes e ar-condicionado;

j) Sala da Chefia de Enfermagem: tem caráter administrativo, é utilizada pela enfermagem para as atividades de coordenação da equipe e do setor;

k) Sala de lanche: utilizada pela equipe de enfermagem para fazer suas refeições; conta com mesas, cadeiras, pia com balcão, geladeira, forno elétrico em uma das unidades e microondas na outra. Os equipamentos e móveis encontram-se em condições precárias; e

l) Setor de manutenção: os equipamentos e instrumentos utilizados pelos TE apresentam modelos antigos, quebrados ou em situação precária e em número deficiente. Existe um setor de manutenção no hospital responsável pelos reparos e consertos dos materiais. Equipamentos de maior complexidade têm supervisão da equipe técnica autorizada pelo fabricante.

### **3.2.2.3 Relações com o Ambiente Externo à Unidade**

As Clínicas Cirúrgicas I e II estão localizadas no quarto andar do Hospital. As unidades de trabalho que possuem relação direta para execução da atividade dos técnicos de enfermagem no acompanhamento dos pacientes apresentam diferentes localizações:

a) Laboratório, Banco de Sangue, Lavanderia e Serviço de Nutrição: estão localizados no andar térreo, e sua relação com a enfermagem ocorre na própria unidade de internação ou por telefone;

b) Radiologia: também situada no andar térreo, tem relação com a enfermagem no respectivo setor, onde o profissional vai levar o paciente para o exame radiológico;

c) Farmácia: está localizada no primeiro andar de outro bloco, externo ao Hospital. A relação com este setor ocorre quando os profissionais vão buscar os medicamentos prescritos ou por telefone, em casos de informações. Nos dias de chuva ou durante a noite este acesso fica bastante dificultado;

d) Lactário: (local onde são preparadas as fórmulas lácteas e dietas enterais) está localizado no segundo andar, porém as dietas enterais são distribuídas no setor pelo serviço de nutrição;

e) Centro de Tratamento Dialítico e o Centro de Terapia Intensiva: localizam-se no quarto andar, e as relações com a CCR ocorrem com menor frequência nas transferências dos pacientes;

f) Clínicas Médicas: localizadas no terceiro andar, eventualmente têm relação com as clínicas cirúrgicas, nos casos de transferências de pacientes entre estas clínicas;

g) Centro de Esterilização: localizado no terceiro andar. Os técnicos, durante os plantões diurnos, dirigem-se a este setor para levar materiais limpos e pegar materiais esterilizados;

h) Emergência Adulto: localizada no andar térreo, tem relação com as CCR I e II nos transportes dos pacientes da emergência para o setor, nos casos de internação; e

i) Clínicas de exames radiológicos externas ao hospital: geralmente localizadas no centro de Florianópolis, onde são realizados os exames de alto custo, para os quais o hospital não dispõe de aparelhos. Nestas situações, o técnico de enfermagem acompanha o paciente até o local.

### 3.2.2.4 Características da População Estudada

Foram contatados todos os TE que trabalhavam nas unidades de internação CCR I e CCR II em todos os turnos de trabalho. O número total de TE era de 49, e obtivemos a adesão de 31 participantes, o que demonstrou um grande interesse do grupo em participar da pesquisa. A seguir, descrevemos as características dos participantes.

✓ **Sexo**: 24 mulheres e 7 homens.

✓ **Idade**: varia entre 22 e 53 anos, com média de 38,6 anos.

✓ **Grau de escolaridade**: varia do segundo grau incompleto ao nível superior. Entre os TE, 22 têm segundo grau completo e um, incompleto; dois tem nível superior completo e seis, incompleto, dos quais três estão cursando enfermagem. Todos possuem formação específica.

✓ **Estado civil**: 18 casados, uma viúva, dez solteiros e dois separados.

✓ **Modelo de contrato**: 27 contratos permanentes e quatro contratos temporários.

✓ **Tempo de serviço no Hospital**: de 3 meses a 23 anos, média de 11,3 anos. Durante o período da pesquisa houve contratação de TE concursados, em substituição aos contratados pela Fapeu.

✓ **Outro vínculo empregatício**: 19 possuem outro vínculo empregatício; três estudam; nove realizam atividades denominadas por eles de “bicos”, sem contrato formal de trabalho.

Um exemplo de atividade informal citada por dois funcionários consiste em cobrir plantões de colegas, tanto na sua unidade como em outras do Hospital.

✓ **Estado nutricional:** a partir das medições antropométricas foi avaliado o estado nutricional dos TE. Entre os avaliados, 17 demonstraram estar fora dos padrões de normalidade, conforme podemos observar na tabela a seguir.

Tabela 3. Classificação do e estado nutricional dos técnicos de enfermagem das Clínicas Cirúrgicas I e II

<b>Diagnóstico</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>	<b>Total</b>
<b>Normal</b>	<b>12</b>	<b>02</b>	<b>14</b>
<b>Sobrepeso</b>	<b>07</b>	<b>04</b>	<b>11</b>
<b>Obesidade</b>	<b>05</b>	<b>01</b>	<b>6</b>
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>07</b>	<b>31</b>

✓ **Doenças presentes nos TE:** foram contabilizados como doentes somente aqueles que haviam recebido diagnóstico médico. Dos 31 entrevistados, 17 apresentaram algum tipo de doença. As doenças mais citadas foram osteoarticulares (6), HAS (3) e gastrite (2).

✓ **Queixas:** a queixa mais relatada foi a presença de dor, citada por 22 TE. A dor foi associada com as seguintes regiões: lombar, costas, pernas e cabeça.

### 3.2.2.5 Características Organizacionais

Cada unidade conta com 35 funcionários (enfermeiros, técnicos, auxiliares e escriturário) para atender 30 leitos nas 24 horas.

A CCR I possui 34 funcionários, dos quais oito são enfermeiros e 24 são técnicos e auxiliares de enfermagem. Conta ainda com dois bolsistas (para realizar a atividade desenvolvida pelo assistente administrativo). Os funcionários estão distribuídos nos turnos e plantões da seguinte forma:

#### **Matutino**

1 enfermeiro na administração do setor (Chefia)

1 enfermeiro assistencial

5 técnicos de enfermagem

1 bolsista

**Vespertino**

- 1 enfermeiro assistencial
- 4 técnicos de enfermagem
- 1 bolsista

**Noturno**

- 1 enfermeiro assistencial
- 3 técnicos de enfermagem

A CCR II possui 34 funcionários, dos quais oito são enfermeiros, 25 são técnicos, auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde, e um auxiliar administrativo, estando distribuídos nos turnos e plantões da seguinte forma:

**matutino**

- 1 enfermeiro na administração do setor (Chefia)
- 1 enfermeiro assistencial
- 5 técnicos de enfermagem
- 1 assistente administrativo;

**vespertino**

- 1 enfermeiro assistencial
- 4 técnicos de enfermagem
- 1 assistente administrativo

**Noturno**

- 1 enfermeiro assistencial
- 3 técnicos de enfermagem

Existem ainda mais dois enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem para cobertura do absenteísmo previsível e não previsível.

No caso dos TE, população em estudo, as admissões ocorriam por duas modalidades contratuais: concurso público, como servidor público federal, ou contratação provisória através da Fapeu, suprimindo temporariamente as vagas dos profissionais que se demitiram ou foram demitidos, que morreram, ou se aposentaram. Atualmente, todos os contratos temporários estão suspensos e, progressivamente, de acordo com a necessidade, estão sendo chamados os profissionais já concursados para ocupar as vagas.

A jornada de trabalho oficial é de 40 horas semanais. Informalmente, a partir dos acordos da categoria na instituição, a jornada de trabalho semanal deveria ser de 30 horas. Em



função da necessidade de pessoal, a carga horária semanal dos TE tem sido em torno de 34 horas.

A política salarial dos servidores permanentes é regida pela Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e regulamentada pelo Regime Jurídico Único. Em relação ao plano de carreira, as progressões funcionais ocorrem por mérito (avaliações periódicas) e por tempo de serviço. A cada quatro anos os funcionários podem receber até três referências, o que reflete no seu vencimento.

As diferenças na forma de contrato entre os servidores determinam algumas variações internas significativas na gestão do processo de trabalho, principalmente no que se refere aos benefícios sociais garantidos nos dois regimes de trabalho. Cabe ressaltar que, mesmo havendo empenho por parte das administrações superiores e setoriais na busca de oferecer padrões de atenção aos trabalhadores nos dois regimes contratuais, por força de lei, as diferenças aparecem e são intransponíveis. Um exemplo marcante dessa situação é o fato de os funcionários contratados pela Fapeu não terem direito ao vale-alimentação.

As CCR I e II absorvem 12,5% do total de técnicos de enfermagem contratados pelo HU. Predomina o sexo feminino nas unidades estudadas, representando 75%. A formação da equipe nesta unidade buscou alocar indivíduos do sexo masculino, em função do esforço físico necessário para lidar com pacientes cirúrgicos.

Acidentes de trabalho, problemas de saúde, absenteísmo e rotatividade não foram apontados pela chefia como problema nas unidades, e não existem estatísticas em relação a esses dados. Entretanto, observamos durante o período da coleta que cinco funcionários, somando as duas clínicas, tiraram licença por motivo de saúde.

Segundo relato da chefia, existe dificuldade de locação e remanejamento de funcionários, por ser considerado um setor “pesado”, com grande número de pacientes dependentes e com uma média de permanência relativamente alta.

### **3.2.2.6 Organização do Trabalho**

O serviço de enfermagem nas unidades de internação e emergência funciona 24 horas por dia, em regime de turnos e plantões, obedecendo aos seguintes horários e equipes:

Turno matutino - 7h00 às 13h00 ; Turno vespertino - 13h00 às 19h00

Plantão diurno - 7h00 às 19h00 e Plantão noturno - 19h00 às 7h00

Nos plantões diurno e noturno trabalham 12 horas e folgam 48 horas, enquanto nos turnos matutino e vespertino trabalham diariamente de segunda a sexta-feira. Nos finais de semanas, a equipe trabalha em sistema de plantão de 12 horas. Essa carga horária é compensada com folgas durante a semana.

O trabalho dos técnicos de enfermagem compreende várias atribuições voltadas à assistência dos pacientes. As atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem são definidas pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, nos artigos 12 e 15, e regulamentadas pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, nos artigos 10 e 11.

Atender o paciente corresponde à atividade-fim do serviço de enfermagem de um hospital. Os cuidados com os pacientes internados são individualizados, respeitando-se os preceitos éticos e legais, e levando-se em consideração seu diagnóstico e quadro clínico.

De acordo com a Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário são tarefas do TE os seguintes procedimentos:

01. cumprir o código de deontologia de enfermagem;
02. cumprir o regimento geral, regulamentos, portarias, ordens de serviço, normas e rotinas do hospital, da diretoria de enfermagem e da seção;
03. participar dos programas de comissão de educação e serviço;
04. participar das reuniões de sua equipe ou das chefias, quando convocado;
05. manter bom relacionamento com todos os membros da equipe de enfermagem, clientes, chefias, professores, alunos, familiares e servidores de outras seções do hospital;
06. participar da passagem de plantão colaborando com sugestões e comentários;
07. apresentar-se ao cliente recém admitido e chamar a todos pelo nome;
08. explicar ao paciente o que vai haver antes de cada atividade;
09. fazer diariamente anotações referentes aos cuidados prestados e ocorrências observadas;
10. comunicar ao enfermeiro as intercorrências observadas na seção;
11. atender as campainhas, resolver os problemas de sua competência e transferir os que não lhe competem;
12. acompanhar clientes para outras seções do hospital ou entidade de saúde quando solicitado;
13. arrolar e identificar a roupa e pertences do cliente;
14. receber, conferir, guardar e distribuir a roupa encaminhada pelo serviço de processamento de roupas;

15. proporcionar recreação e banho de sol para o cliente;
16. preparar clientes por ocasião da admissão, alta e transferência;
17. executar cuidados pós-morte;
18. auxiliar no controle de material de consumo, permanente e equipamentos;
19. zelar pela limpeza, ordem e conservação dos materiais;
20. manter limpos, em ordem e ao alcance os objetos de uso individual do cliente de acordo com o seu grau de dependência;
21. preparar o cliente, material e ambiente para a realização de exames e testes diagnósticos;
22. auxiliar o médico ou enfermeiro na realização de exames e tratamentos;
23. controlar a medicação psicotrópica;
24. organizar para troca na central de material e esterilização;
25. executar e checar prescrições médicas e de enfermagem de acordo com os padrões e anotar os resultados dos seguintes procedimentos: sinais vitais, oxigenioterapia, fluidoterapia, mudança de decúbito, higiene e conforto, exercícios respiratórios, movimentação passiva e ativa, deambulação, glicosúrias e cetonúrias, aplicações quentes e frias, dados antropométricos, alimentação e hidratação, preparação e ministração de medicamentos, punção venosa, controle de ingestão e excreção, lavagem intestinal, aspiração orotraqueal, nebulizações, tapotagem e drenagem postural, restrições, curativos, troca de frasco de drenagem de tórax, embrocação vaginal, balanço hídrico, instalação e leitura de PVC, programa de diálise peritoneal, programa de hemodiálise, sondagem vesical, sondagem nasogástrica e sondagem enteral; e
26. prestar assistência de enfermagem aos pacientes em: testes alérgicos, colonoscopia, eletroencefalograma, endoscopia, broncoscopia e aparelho gessado.

Existem algumas diferenças nas tarefas, dependendo do turno de trabalho em função das rotinas previamente estabelecidas no serviço ou por algum procedimento de emergência solicitado.

A passagem de turno, quando se discute a situação de cada paciente, sempre constitui o início da tarefa dos técnicos de enfermagem. A leitura dos prontuários determina a informação inicial. Esse procedimento irá desencadear a sequência das tarefas.

Algumas tarefas dos técnicos de enfermagem estão condicionadas a horários ou períodos previamente estabelecidos. Dentro dessas limitações temporais, os trabalhadores tentam organizar o seu trabalho durante o turno.

A taxa de ocupação das CCR I e II tem sido em torno de 83%, número este que supera os índices recomendados (de no máximo 80%), para que a unidade possa ter tempo necessário para limpeza e desinfecção dos leitos.

A média de permanência dos pacientes na unidade é de 9,1 dias. Várias questões estão envolvidas no tempo de permanência, entre as quais destacamos a predominância de pacientes com doenças crônicas; limitações do hospital em relação a equipamentos e exames de maior complexidade, os quais são executados em clínicas fora do hospital; e por ser um hospital-escola.

A taxa de mortalidade das CCR I e II é de 6,72%, índice considerado baixo para as características da unidade e do hospital. O cuidado pós-morte é de responsabilidade da equipe de enfermagem e é realizado fora da unidade.

### **3.2.2.7 Capacitação e Aperfeiçoamento**

A Diretoria de Enfermagem dispõe de programas de treinamento e aperfeiçoamento para os funcionários, bem como uma avaliação de desempenho profissional anual, ou com maior frequência, quando necessário. Possui, ainda, programas de treinamento introdutório para os funcionários recém-admitidos. Estes, por sua vez, além do treinamento referido, ficam condicionados a um programa de acompanhamento durante os 60 dias iniciais, sendo incluídos nas escalas sem acompanhamento somente após a aprovação nesse programa.

Os programas de treinamento e de aperfeiçoamento são realizados conforme a necessidade dos profissionais. Essas necessidades são levantadas por meio de questionários, da análise das fichas de avaliação do desempenho e das novidades que surgem em função do avanço científico e tecnológico. São realizados, em média, cinco treinamentos ao ano. Após cada treinamento é realizada uma avaliação do curso de treinamento e do desempenho da equipe na unidade de atuação.

Além desses treinamentos sistemáticos, a enfermagem conta, ainda, com um programa específico para os funcionários, denominado “Vivendo e Trabalhando Melhor – VTM”. Nesse programa o funcionário desenvolve o seu potencial por meio de dinâmicas vivenciais, aprendendo a lidar com seus conflitos pessoais e de equipe. Outro programa oferecido aos funcionários é o projeto “Cuidando de Quem Cuida”. Neste programa são oferecidas várias terapias alternativas para a saúde física e mental.

A enfermagem possui um Núcleo de Apoio Permanente (NAP), do qual fazem parte pessoas habilitadas para dar o assessoramento necessário nos programas acima referidos, a qualquer momento, por solicitação da chefia dos setores, dos funcionários ou do CEPEn.

Para participar dos treinamentos, os funcionários são liberados, ou seja, as horas de treinamento são computadas como horas trabalhadas.

### **3.2.2.8 Benefícios Oferecidos**

Há algumas distorções em relação aos benefícios em função de ainda existirem no setor trabalhadores com modelos de contrato diferenciados. Cabe ressaltar que tem sido uma meta da DE agilizar a contratação dos concursados em substituição aos temporários. Com relação ao salário dos contratados pela Fapeu, seguem-se orientações da CLT e, em princípio, eles não apresentam diferenças salariais em relação aos permanentes. Entretanto, devido à inexistência de um plano de progressão funcional para esses trabalhadores, ao longo dos anos fatalmente começam a ocorrer distorções salariais em relação aos permanentes.

Além da questão salarial, podemos identificar uma desigualdade de direitos em relação a outros benefícios. O vale-refeição (VR) é um direito recebido apenas pelos funcionários do quadro permanente. Inicialmente, esse benefício era concedido aos trabalhadores na forma de tiquete, tendo sido posteriormente incorporado o valor correspondente ao salário.

Antes da implantação do VR, todos os TE tinham direito a um lanche em seu turno de trabalho. Os trabalhadores que faziam plantão recebiam todas as refeições.

Atualmente, em função do VR, o fornecimento de alimentação pelo hospital é assegurado somente aos residentes e plantonistas. Aos residentes é concedido o direito a todas as refeições, já os plantonistas recebem apenas uma refeição, de acordo com o seu horário: para o plantão diurno (7h00 - 19h00) é oferecido o almoço, e para o plantão noturno (19h00 - 7h00), somente a ceia.

As refeições para aqueles que têm direito são servidas no refeitório do Serviço de Nutrição e Dietética (SND), no andar térreo do Hospital. Não existe um horário preestabelecido para fazer a refeição.

Aos TE que estão fazendo plantão fora da escala de serviço (para cobrir faltas, licenças, etc.), muitas vezes a pedido da própria chefia, não é assegurado o direito à alimentação. Por lei, os trabalhadores que fazem jornada de trabalho de 6 horas têm direito a 15 minutos de descanso.

Os locais para aquisição de alimentos encontram-se no térreo ou fora da unidade hospitalar. Nenhum estabelecimento encontra-se aberto no período noturno.

Outros benefícios como insalubridade e periculosidade são concedidos a alguns funcionários, de acordo com a avaliação Gestão de Saúde, Higiene e Segurança do Trabalho (GSHST), o qual leva em consideração as características da função e do posto de trabalho.

Entretanto, cabe destacar que o percentual concedido segue a legislação, de acordo com o modelo de contrato de trabalho. Para os servidores permanentes, que são regidos pelo Regime Jurídico Único, os percentuais de insalubridade e periculosidade incidem sobre o salário-base. Já em relação aos celetistas, o percentual é calculado com base no salário mínimo.

É direito do trabalhador receber o vale-transporte, entretanto para muitos funcionários esse benefício não compensa, considerando que é descontado em folha seguindo um percentual fixo sobre o salário, o que pode ultrapassar o valor do transporte.

O benefício do adicional noturno é concedido para todos os trabalhadores que atuam em horário especial.

É concedido para todos os servidores permanentes com filhos menores de 7 anos o auxílio-creche. Este benefício não se estende para os profissionais com contratos temporários.

Além dos benefícios previstos em lei, o Hospital oferece a todos os servidores alguns programas que buscam melhorar as condições de vida deles. São programas sociais, de capacitação, de atendimento à saúde e de prevenção. Entre eles destacamos:

- a) Programa de Orientação Introdutória (POI), que visa a fazer a socialização introdutória do recém-admitido;
- b) Programa de Capacitação para o Pessoal de Nível Médio/Superior;
- c) Programa de Cirurgia Plástica: Cirurgia Estética Programada (face, nariz, abdome, mama, lipoaspiração e outras);
- d) Programa Cuidando de Quem Cuida (psicólogo, terapias corporais, reike, florais, cromoterapia, massoterapia);
- e) Programa Vivendo e Trabalhando Melhor;
- f) Cursos de Crescimento Pessoal (redação oficial, aprendendo a ser líder no trabalho, motivação para a vida e para o trabalho, cidadão atendendo cidadão, curso básico de filosofia, inglês instrumental, nutrição: para quem quer chegar saudável à terceira idade);

g) Oficinas de Arte e Educação no Ambiente de Trabalho (artesanatos: tear, tear de prego, ponto-cruz, tapeçaria, pinturas especiais, crochê, trabalho com fitas, pintura de tecidos, pintura em tela, cestaria, mosaico, bijuterias, entre outros);

h) Oficinas Arte e Educação no Ambiente de Trabalho (Corpo e Mente: teatro, condicionamento físico, dança de salão, violão, ginástica localizada; culinária: salgadinhos e docinhos de festa, tábua de frios, massas, tortas e bolos, e outros);

i) Projeto Vida & Saúde – Ginástica Laboral; e

j) Organização de Eventos Comemorativos, Palestras, Exposições, Eleições para Cargos de Direção e Chefias.

Os trabalhadores podem contar ainda com alguns serviços descritos a seguir.

#### **Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária (SASC)**

Presta atendimento a toda a comunidade universitária, professores, servidores e alunos. Atende, ainda, os contratados pela Fapeu e outras fundações, sendo excluídos os trabalhadores das firmas terceirizadas. Cabe ao SASC fazer atendimento aos acidentados com perfurocortantes e notificar a comissão de infecção hospitalar, a qual avalia os riscos e solicita exames e terapia adequada. Oferece também uma equipe multiprofissional para atender indivíduos que apresentam dislipidemias.

#### **Junta Médica**

A junta médica é um serviço que trata das questões legais relativas aos afastamentos dos servidores do seu posto de trabalho por motivo de doença.

#### **Gestão de Saúde, Higiene e Segurança do Trabalho (GSHST)**

A GSHST é vinculada Pró-Reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária (PRAC) e oferece os seguintes serviços: Serviço de Saúde Ocupacional – SSO, Serviço de Segurança do Trabalho – SeST e Serviço Odontológico – SO.

A GSHST trata de indivíduos saudáveis e questões relacionadas à segurança do trabalho, desenvolvendo as seguintes atividades:

- a) exames admissionais (obrigatório para todos os contratados novos);
- b) exames periódicos (exames oferecidos a todos os funcionários de acordo com a demanda das unidades e serviços);
- c) exames demissionais (obrigatório a todos os demissionários); e

- d) realiza ainda outras atividades como: cursos de capacitação; laudos periciais de insalubridade/periculosidade; análise de acidentes de trabalho; e inspeções de segurança.

Em relação aos exames admissionais e demissionais, por serem obrigatórios, são realizados; entretanto, os exames periódicos não ocorrem, de acordo com a GSHST, pela falta de demanda das unidades.

### **3.2.3 Análise da Atividade**

Esta etapa consiste em verificar os condicionantes que afetam o desenvolvimento do trabalho, a partir de observação do trabalhador em sua atividade real. Foram avaliados todos os turnos de trabalho com observação de todas as atividades realizadas durante a jornada completa. Além dos acompanhamentos sistemáticos agendados, durante quatros meses permanecemos na unidade para realizar entrevistas individuais, enriquecendo a observação da atividade coletiva dos TE.

#### **3.2.3.1 Local e Natureza das Atividades Realizadas pelos TE**

O início da atividade no período sempre é marcada pela passagem de plantão, momento em que se discutem as condições de cada paciente e se organiza a distribuição dos pacientes.

O fluxo das informações ocorre diretamente das enfermeiras para os TE durante a reunião com o grupo do turno e a partir das informações retiradas dos prontuários. Com certa autonomia, o TE começa a executar suas atividades, que podem sofrer algumas alterações em função das condições físicas, materiais e organizacionais.

A atividade do TE ocorre em vários postos de trabalho, com predominância de procedimentos nos quartos dos pacientes e sala de preparo de medicação e higiene de materiais. Realiza, ainda, muitas anotações nos prontuários dos pacientes, não adotando um local fixo para a realização dessa atividade, variando desde o posto de enfermagem e sala de passagem de plantão até a copa.

Além da diversidade de locais onde executa suas atividades, outra questão a ser relatada que interfere significativamente na produção são as condições dos materiais e equipamentos utilizados pela enfermagem.



Após esse panorama geral sobre as atividades observadas e síntese das dificuldades encontradas, apresentamos, a seguir, a análise das atividades dividida em três tópicos: condicionantes ambientais; condicionantes físicos e gestuais; e condicionantes organizacionais.

### **3.2.3.2 Condicionantes Ambientais**

#### **3.2.3.2.1 Condições Térmicas, Acústicas e Lumínicas**

Os condicionantes relativos às condições ambientais como temperatura, ruído e condições lumínicas não foram considerados, de acordo com os relatos e por observação, com disfunções graves.

Considerando que a observação se iniciou no período de verão e prolongou-se até o inverno, podemos afirmar que a variação climática não tornou o ambiente desagradável para a execução das atividades. Entretanto, existe um grande número de ventiladores estragados nos quartos dos pacientes. Em funcionamento, certamente tornariam o ambiente mais agradável.

Existe boa iluminação natural em função da existência de grandes janelas nos quartos e iluminação artificial complementar nos outros postos de trabalho.

Nada foi referido em relação a ruído. Entretanto, no período da tarde, existe mais barulho em função da circulação de visitantes.

#### **3.2.3.2.2 Condições Biológicas**

É indiscutível que o próprio ambiente hospitalar, em função da natureza do trabalho, contato direto com pessoas doentes, excretas contaminadas, ar contaminado, etc., já exponha o trabalhador a riscos. Observamos ainda possíveis riscos adicionais controláveis.

Existe uma única pia para lavar as mãos dos funcionários e ela apresenta sistema de registro de torno, sendo necessária a utilização das mãos para abrir a torneira. Pode-se constituir num local de contaminação de todos que a manipulam.

A inexistência de um local adequado para descanso expõe esses trabalhadores a risco de contaminarem-se ao se deitarem em colchonetes no chão. O local utilizado pelos TE é a sala de aula, onde também se realizam reuniões de trabalho, passagem de plantão, reunião com alunos, etc.

Não foram observados acidentes em relação a instrumentos perfurocortantes, entretanto tais acidentes são uma constante na vida do profissional da enfermagem (MAURO et al., 2002).

A falta de um vestiário com chuveiros para o uso dos TE foi um aspecto importante observado. Em caso de acidentes na manipulação com os pacientes ou materiais (respingos de sangue, excretas, secreções) ou em plantões mais “carregados”, quando o trabalhador transpira muito, não existe nenhum lugar adequado para fazer a higiene pessoal, tendo-se que permanecer desconfortável por toda a jornada.

### **3.2.3.2.3 Condições Físicas**

O espaço físico para desempenhar as atividades é bastante diversificado e apresenta, de acordo com os relatos e observação, algumas disfunções. Foram ressaltados os seguintes aspectos:

a) sala de medicação – neste local concentra-se grande parte da atividade desenvolvida pelos TE. Apresenta espaço para circulação pequeno, no momento do preparo da medicação dos pacientes, quando se concentra maior número de trabalhadores no local. Ocorre ainda a presença de alunos no local em determinados horários, o que torna o fluxo difícil;

b) banheiro de funcionários - presença de um único banheiro para todos os funcionários da unidade e localização anexa ao posto da enfermagem. Ambiente com pouca privacidade;

c) quartos dos pacientes – fluxo de pessoal difícil, apresentando dificuldade de circulação entre os mobiliários. Exige numerosos deslocamentos e esforços físicos para executar determinadas atividades. Por exemplo, a necessidade de se encostarem as camas contra a parede em função do pouco espaço exige, no momento dos banhos de leito, de punções, de curativos, o deslocamento das camas, o que exige grande esforço;

d) banheiro dos pacientes – são pequenos, com portas estreitas, inadequados para as dimensões das cadeiras para banho, ou para pacientes que dependem de auxílio. É comum os TE, ao auxiliarem no banho dos pacientes, ter seus uniformes completamente molhados; e

e) copa - são pequenas e não oferecem conforto. Apresentam número de cadeiras insuficientes para o número de funcionários. Alguns se alimentam em pé. As geladeiras não apresentam boas condições de manutenção. Não tem utensílios em número suficiente, nem em bom estado de conservação.

#### **3.2.3.2.4 Condições de Mobiliário, Equipamentos e Materiais**

Em relação ao mobiliário, percebemos algumas dificuldades na execução de determinadas atividades em função do estado de conservação deles.

Na sala de preparo de medicação as gavetas estão emperradas, o que dificulta o manuseio delas.

Na copa o número de cadeiras é insuficiente para acomodar toda a equipe, quando realizam as refeições.

Normalmente sentam-se para fazer as anotações no posto de enfermagem em bancos que obrigam a posturas desconfortáveis para executar as anotações nos prontuários.

Nos quartos dos pacientes, local onde realizam grande parte das suas atividades, enfrentam dificuldades em relação às camas, que apresentam modelos antigos de controle manual, exigindo grande esforço dos TE.

As macas não apresentam grades laterais, o que demanda muito esforço e cuidado no deslocamento dos pacientes.

O número de cadeiras de rodas é insuficiente, além de apresentarem problemas de manutenção (observamos no deslocamento de um paciente grave, com uso de oxigênio, soro e sonda vesical, o esforço do TE em acondicionar todos os equipamentos numa cadeira sem suporte para soro, nem rodas deslizantes).

Quanto aos equipamentos utilizados pela equipe, constatamos que existem alguns de uso diário, como aparelho de pressão e estetoscópio, em número insuficiente, obrigando, muitas vezes, os trabalhadores a pedi-los em outra unidade ou esperar que outro colega acabe de usar. Os suportes para o soro (equipamento simples e de uso diário) são extremamente pesados e sem rodízios, o que impossibilita para muitos pacientes deambular. Essa situação gera insatisfação em toda a equipe que presta atendimento.

Presenciamos a falta de seringas de determinada capacidade. Esse fato fez com que o procedimento de preparo dos medicamentos levasse mais tempo e exigisse maior atenção no preparo. Também observamos a falta de soro, o que ocasionou por alguns dias transtornos na enfermaria. Existe falta de bacias de inox para banho de leito em pacientes dependentes, o que impõe atraso na realização dessa atividade, levando alguns TE a alterar a sua atividade. Constatamos ainda a falta de travesseiros, o que obriga o trabalhador a improvisar com

cobertores dentro de fronhas, atividade que despende mais tempo e pode causar constrangimentos.

#### **3.2.3.2.5 Condicionantes Físicas e Gestuais**

Em relação aos aspectos gestuais, ressaltamos os pontos referidos a seguir, observados nas atividades mais freqüentes.

##### Preparo de medicação

A posição de pé com alternância de posturas devido às diversas alturas dos balcões, exige a inclinação do tronco (lombar ou dorsal), flexão de pernas, etc. O pouco espaço para circulação, quando existem mais pessoas no mesmo local, impõe posturas penosas. Há trabalho muscular estático, em função das posturas adotadas, principalmente dos músculos do pescoço, durante a inclinação do tronco para frente, quando da tomada de informação (leitura dos *tickets*, visualização dos medicamentos). A medicação endovenosa exige movimento repetitivo das mãos para o preparo das seringas com os conteúdos de medicamentos e diluentes.

Os TE do turno diurno realizam todos os cuidados em relação ao paciente sob sua responsabilidade. Já o pessoal do turno noturno faz a divisão da atividade por tarefa, determinando, por exemplo, que o TE fique responsável naquele plantão pela medicação de todos os pacientes. Isso significa uma grande exposição a essa situação.

##### Distribuição dos medicamentos

Durante a realização desta atividade, observamos um deslocamento excessivo em função das distâncias entre o posto e os leitos. Observamos que, muitas vezes, o número de deslocamentos poderia ser reduzido com uma melhor organização por parte do TE, uma vez que, muitas vezes, ele volta à sala de medicamentos para pegar materiais que havia esquecido.

##### Higiene e conforto do paciente

Durante a execução das tarefas de higiene e conforto, a posição normalmente adotada é em pé. Nesta unidade, entre as atividades mais árduas, ressaltamos: banho de leito e troca de roupa de cama; remoção de paciente maca/cama no pós-cirúrgico; transporte para o bacio e para o chuveiro. Essas atividades requerem vários movimentos difíceis, como levantamento de peso, torção do tronco e inclinação. Todos os procedimentos exigem um grande esforço físico, sendo necessário, muitas vezes, mais de um funcionário para os realizar.

O grau de dificuldade para a realização dessas atividades se relaciona com o grau de dependência dos pacientes (presença de fixadores, restrições aos movimentos e estado clínico), e ainda como o peso do paciente. A dor dos pacientes, situação comum nesta unidade, afeta psicologicamente os profissionais, o que contribui para aumentar a tensão muscular.

É importante destacar que em uma das especialidades atendidas nas clínicas são realizadas cirurgias bariátricas para pacientes com obesidade mórbida. O cuidado com estes pacientes demanda um esforço físico enorme, sem haver equipamentos adequados para trabalhar com essa situação extrema. O mesmo acontece em relação a muitos pacientes da vascular que normalmente ficam imobilizados e confinados ao leito, exigindo muitos esforços físicos no atendimento.

### **3.2.3.3 Condicionantes Organizacionais**

#### Condições funcionais dos trabalhadores

Existe atualmente uma minoria de funcionários temporários. A instituição está progressivamente substituindo todos os temporários por trabalhadores concursados. Essa diferente forma de contratação gera disfunção. Entre os aspectos ressaltados pelos TE, são motivo de insatisfação e preocupação dos funcionários temporários as condições diferenciadas que estes têm em relação aos outros trabalhadores. Manifestaram, inclusive, sua resignação em relação a queixas por receio de perder o emprego.

Em relação à carga horária, existe grande insatisfação, pois, apesar de um acordo com a diretoria para a realização de 30 horas semanais, os trabalhadores das unidades de internação jamais conseguem usufruir esse acordo, trabalhando em torno de 36 horas. As causas apontadas estão relacionadas ao número insuficiente de trabalhadores. Há anos não são abertas novas vagas, porém ocorreram aposentadorias, demissões e licenças, aliadas a um aumento da demanda de trabalho.

#### Natureza da atividade

Consideram sua atividade altamente complexa, pois exige várias competências para sua realização. Os TE destacam a necessidade do domínio técnico, da habilidade de relacionamento interpessoal e do equilíbrio emocional.

De acordo com o depoimento e observação, constatamos que a atividade dos TE exige muito de sua capacidade física. A maioria das atividades é realizada em posição de pé, caminhando rapidamente pelas dependências da unidade.

Entre as preocupações apontadas, está a exigência cognitiva: reconhecimento dos procedimentos a serem adotados nas diversas situações; atenção nas prescrições; nomes de medicamentos; reconhecimento de sinais e sintomas; e sinais de alerta dos equipamentos. É necessário estar constantemente atento e ter boa capacidade de memorização, para evitar erros e possíveis acidentes.

#### Organização das tarefas

A organização das tarefas se inicia com a passagem de plantão, porém há rotinas a serem cumpridas em cada turno, tornando o trabalho monótono e repetitivo. A divisão do trabalho depende do número de leitos e das características dos pacientes. São em média sete pacientes por TE. O enfermeiro do setor procura distribuir os pacientes de acordo com o grau de dependência para mobilização e cuidados, ou aqueles com dores intensas e de difícil controle, evitando, assim, sobrecarga. Porém, quando existem imprevistos na unidade, como falta de funcionários, presença de muitos pacientes dependentes ou com muitas exigências no cuidado, ocorre sobrecarga para o grupo.

Algumas atividades estão condicionadas a horários ou períodos já estabelecidos nas rotinas das unidades. Dentro dessas limitações temporais, os TE tentam organizar a sua atividade. Citamos como exemplo o período matutino:

- a) início do turno de trabalho matutino 07h00, com a passagem do plantão (plantão noturno faz um breve relato das ocorrências de cada paciente e outras intercorrências);
- b) visando a assegurar a distribuição de medicação das 08h00, alguns técnicos chegam antes do horário de serviço (7h00) para iniciar o procedimento de retirada da prescrição medicamentosa do prontuário;
- c) após a distribuição da medicação das 8h00, iniciam-se as atividades de higiene e conforto, verificação de sinais vitais e outros procedimentos. Em função do número de pacientes dependentes ou semidependentes, esta atividade pode ser interrompida por volta das 09h15, para uma pausa (geralmente um lanche com os colegas);
- d) terminado o preparo e distribuição da medicação das 10h00 assim como os banhos, iniciam-se os cuidados com curativos e outros procedimentos, que podem ser intercalados com alguns banhos ainda, dependendo da necessidade;

- e) às 12h00, há outro horário de medicação;
- f) às 13h00, passagem do plantão para o período vespertino. Esta equipe, por sua vez, já está retirando a prescrição de medicamentos para a medicação das 14h00.

Cabe ressaltar que, entre uma atividade e outra, aparecem intercorrências que fogem ao controle da rotina de trabalho, entretanto fazem parte dela, como queixas de dor, episódios de diarreia, náuseas e vômitos, crises hipertensivas, solicitações de exames, entre outras, que, por sua vez, exigem uma mudança no fluxo das atividades.

Os técnicos executam, ainda, outras rotinas no setor, que podem ser intercaladas com as atividades condicionadas a horários prescritos, tais como: organização do setor, limpeza e desinfecção dos materiais, anotações complementares sobre os pacientes e outras. Dependendo do turno, percebe-se maior concentração de determinadas atividades.

O número de ações desenvolvidas depende diariamente de cada situação, em função das peculiaridades inerentes a cada paciente. Observamos, no quadro abaixo, certa concentração de determinadas atividades de acordo com o turno de trabalho.

TURNOS	CONCENTRAÇÃO DE ATIVIDADES		
Matutino	Medicação	Higiene e conforto; banhos, troca da roupa de cama	Curativos, transporte do paciente ao centro cirúrgico
Vespertino	Medicação	Acompanhamento para exames; recebimento pós-operatório	Orientações para acompanhantes
Noturno	Medicação	Controles de diurese, drenos e coletores em geral	Apoio emocional aos pacientes

Quadro 4: Demonstrativo da concentração das tarefas dos técnicos de enfermagem, de acordo com o turno de trabalho.

O preparo e distribuição dos medicamentos é sempre priorizado em todos os turnos de trabalho, especialmente pelo condicionante temporal que essa atividade impõe. As demais atividades são realizadas com um pouco mais de flexibilidade, porém prioritariamente dentro de cada turno.

Existe cooperação entre os funcionários, buscando-se encerrar as atividades do turno em conjunto. Eventuais imprevistos podem levar à não-realização de alguma atividade, porém esses incidentes geram conflitos entre as equipes, discutidos na passagem de plantão.

#### Alimentação do trabalhador

Geralmente, a pausa para alimentação ocorre após se executarem as primeiras atividades do turno, aproximadamente duas horas depois do início do turno. O grupo procura ir junto para a sala de lanche, o que gera dificuldade em relação a esse momento. Os imprevistos ou os diferentes ritmos de executar as tarefas tornam difícil juntar a equipe. Não existe horário fixo para a pausa, que normalmente ocorre no momento que percebem uma diminuição no ritmo das atividades. Durante alguns acompanhamentos, observamos a impossibilidade de alguns TE realizarem uma pausa para o lanche em função da demanda de serviço.

A copa fica anexa à unidade e, dessa forma, é freqüente a interrupção dessa atividade pela chefia, pacientes e familiares. Existe sempre possibilidade de interrupção antes de concluído o lanche.

Não existe formalmente a distribuição de qualquer alimento por parte da instituição. Observamos, entretanto, que normalmente os TE comem alimentos que sobram dos pacientes, como pães, café e margarina, trazidos pelas copeiras como reserva em caso de algum paciente pedir a mais. As marmitas que não são distribuídas (geralmente uma ou duas) em função de o paciente estar ausente da clínica por algum motivo, também são divididas pela equipe (TE e enfermeiros). Dessa forma, constatamos que a alimentação dos trabalhadores dos turnos matutino e vespertino é constituída basicamente das sobras que ocorrem na alimentação oferecida aos pacientes, portanto incerta e em quantidade bastante reduzida.

Nos finais de semana e feriados os funcionários que estão em plantão de 12 horas têm direito a uma refeição, que é oferecida no refeitório do Hospital, que fica no andar térreo. Muitos funcionários não descem, preferindo comer alimentos trazidos de casa ou comprados pelo grupo, alegando os seguintes aspectos: horário da distribuição da refeição inadequado e qualidade da refeição oferecida a desejar (queixas do noturno); ser em local exterior à unidade (demanda muito tempo para se deslocar, preocupação de sair da unidade); e impossibilidade de comer com o grupo, aspecto bastante valorizado pela equipe.

### **3.2.4 Diagnóstico**

Nesta etapa os dados observados durante a Análise da Atividade foram confrontados com o prescrito na Análise da Tarefa e na literatura. Buscamos identificar os condicionantes que geraram dificuldades para execução da atividade, conforme o prescrito na tarefa e na bibliografia.



O diagnóstico é discutido em três etapas, para facilitar a análise da pesquisadora e, ao mesmo tempo, sistematizar as informações obtidas por diferentes técnicas, para não perder a riqueza das informações.

Num primeiro momento foi realizado o diagnóstico das condições de trabalho a partir dos dados coletados no estudo de caso, utilizando-se como instrumento metodológico a AET. Foi realizada, paralelamente, a análise de conteúdo das entrevistas individuais. Nesta etapa, buscamos explorar a percepção dos TE em relação aos temas Humanização das Condições de Trabalho e Comportamento Alimentar. Finalizando o diagnóstico, buscou-se confrontar e complementar as informações a partir dos dados coletados pelas diferentes técnicas utilizadas.

### **3.2.4.1 Diagnóstico das Condições de Trabalho a Partir da AET**

#### **3.2.4.1.1 Condicionantes Ambientais**

Em relação às condições ambientais, no que se refere à temperatura e condições lumínicas, os problemas detectados neste estudo estão relacionados à falta de manutenção dos equipamentos, especificamente os ventiladores e luminárias dos quartos dos pacientes que se encontram quebrados. A presença de equipamentos em condições de funcionamento ou a existência de ar-condicionado nas unidades tornaria o ambiente bem mais agradável para desenvolver as atividades.

Vários autores vêm denunciando as condições precárias de trabalho a que estão expostos os trabalhadores da saúde (LAUTERT, 1997; FARIAS et al., 2000; LUNARDI et al., 2000). Entre os problemas apontados pelos autores, está a falta de um serviço eficiente de manutenção. A agilização de pequenos consertos poderia minimizar muitos problemas relacionados às condições de trabalho.

Em relação aos condicionantes físicos, o próprio layout das unidades e a diversidade de postos de trabalho obrigam os TE a fazer deslocamentos exagerados, resultando ao fim de uma jornada em vários quilômetros percorridos. Certamente, grande parte desses deslocamentos poderia ser evitada se existisse melhor organização do trabalho e controle sobre as condições materiais. Alguns autores têm demonstrado as grandes distâncias percorridas durante uma jornada de trabalho, assim como o tempo de permanência em pé e posturas inadequadas (ESTRYN-BEHAR et al., 1997; ROCHA, 1999; SALLES et al., 2001).

Ainda dentro das condições ambientais, tanto o mobiliário como os equipamentos e materiais de consumo se apresentaram em condições precárias, em número reduzido e sem manutenção adequada, sobrecarregando os TE. As dificuldades em relação aos materiais foi abordada pelos TE com certa resignação, apoiando-se na justificativa de que, por ser um hospital público, existem problemas com relação a licitações e prazos de entrega. Destacaram como uma grande conquista da equipe da enfermagem o fato de atualmente opinarem de forma decisiva na compra de materiais.

Consideram que esse aspecto contribuiu na melhoria da qualidade dos materiais adquiridos, refletindo em melhores condições de trabalho. Além de influenciar na qualidade das condições de trabalho, a participação nesse processo se traduz como valorização e reconhecimento do trabalhador, influenciando positivamente nas relações de trabalho.

Não identificamos uma política de incentivo e controle para o uso racional de materiais de consumo. Observamos que o uso de determinados produtos ocorre de maneira pouco criteriosa e, às vezes, abusiva por alguns profissionais. A cultura da economia no serviço público é bastante contraditória. Embora vivam com poucos recursos e períodos de penúria, normalmente, quando os estoques estão abastecidos, ocorrem abusos.

A falta de equipamentos e o estado de conservação geram grandes disfunções. Existe falta de cadeiras de rodas e várias delas estão sem condições de uso. As camas são antigas, desde a inauguração do Hospital (20 anos) e apresentam controle de elevação manual, o que demanda grande esforço físico. As macas sem proteção lateral expõem tanto paciente como trabalhador a riscos de acidentes. A falta de suporte para soro com rodízio impossibilita o deslocamento dos pacientes, tornando-os mais dependentes dos TE. Constatamos ainda o número insuficiente de aparelhos para medir pressão, entre outros equipamentos.

Para esses profissionais, as condições ambientais do Hospital são difíceis, porém numa pesquisa anterior feita na mesma instituição os aspectos relativos às condições ambientais foram apontados como positivos, quando comparados a outras instituições nas quais eles também são trabalhadores (MATOS, 1999).

Constatamos entre esses trabalhadores que a maioria apresenta alterações de peso, presença de doenças (especialmente osteoarticulares) e queixas relacionadas a processos dolorosos. Todos esses fatores de risco individual têm impacto na saúde dos trabalhadores da enfermagem, conforme demonstrou Rocha (1999) em sua pesquisa.

O empobrecimento das condições ambientais de trabalho é resultado das políticas restritivas de investimento no campo social. Afeta a dignidade humana a ponto de haver

sofrimento corporal, espiritual e social. Da mesma forma, degenera o próprio sentido do trabalho de cura e cuidado.

Falando de condições ambientais, não se poderia deixar de abordar as possibilidades de risco biológico em função da natureza da atividade. Os riscos do ambiente hospitalar são reconhecidos em lei e, em função disso, os profissionais recebem uma compensação financeira adicionada aos seus salários, denominada de “adicional de insalubridade”. Entre as disfunções relativas às condicionantes ambientais, observamos um risco biológico adicional associado a alguns aspectos registrados, que discutiremos a seguir.

A falta de um lugar adequado para descanso nos plantões noturnos, por exemplo, usando colchões no chão, em salas improvisadas, é uma situação precária em termos de segurança e conforto. Por ser uma atividade não prevista, possivelmente acaba influenciando na aceitação dessas condições e, de certa forma, desencorajando as reivindicações.

Tais situações podem ser vistas como uma violência ao trabalhador na medida em que se ignoram determinadas situações e possíveis conseqüências. As relações de violências no trabalho começam a fazer parte do cotidiano das pessoas e não são mais percebidas como tal. Conforme Dias e Ramos (2003), a violência exercida pelas e nas instituições de saúde, muitas vezes, não é reconhecida nem pelos próprios sujeitos violados, nem pelos violadores.

Outro aspecto observado foi em relação à pia para lavação das mãos. As recomendações para controle de infecções hospitalares privilegiam o simples ato de lavar as mãos como a melhor forma de prevenção (LECOMTE; ERTZCHEID, 1997). A literatura recomenda que a torneira tenha acionamento sem o uso das mãos, disfunção encontrada na unidade. A ausência de vestiários com sanitários e chuveiros é uma reivindicação importante a destacar. Está diretamente relacionada com as questões de higiene e conforto dos trabalhadores, especialmente nos plantões de 12 horas.

Ressaltamos ainda que o risco de contaminação também está relacionado com o tempo de exposição a que os trabalhadores estão submetidos. Considerando que a maioria possui duplo vínculo empregatício, trabalhando normalmente em outra instituição hospitalar, os TE estudados têm seu risco aumentado.

Segundo Rocha (1999), além das péssimas condições de trabalho, o duplo vínculo e a presença maciça da mulher nesse mercado (acumulando dupla e/ou tripla jornada, considerando a doméstica) trazem um ônus à sua saúde. Submetem-se a esforços físicos excessivos e subtraem da suas vidas o tempo destinado ao repouso e ao lazer, o que pode

trazer seqüelas para a sua saúde que podem ir muito além das doenças osteomusculares já apontadas pela literatura.

#### **3.2.4.1.2 Condicionantes Físicas e Gestuais**

##### Preparo de medicação

Como descrevemos na Análise da Atividade, existe certa distribuição de atividades por turno de trabalho. Embora a medicação esteja presente em todos os turnos, no período da noite existe um agravante, pois a distribuição das tarefas no noturno é feita por atividade. Fazem um sorteio e o mesmo TE será responsável por toda a medicação dos pacientes durante todo o plantão. Isso expõe o trabalhador a mais horas de posturas árduas, especialmente no preparo de medicação endovenosa, que exige movimentos repetitivos e muita concentração.

##### Higiene e conforto

Entre as atividades de maior desgaste físico certamente se encontram as atividades de higiene e conforto. O grau de dificuldade para a realização dessas atividades se relaciona com o grau de dependência dos pacientes (presença de fixadores, restrições aos movimentos e estado clínico), e ainda como peso do paciente. A falta de equipamentos adequados para minimizar os esforços e o número de funcionários, às vezes deficientes, também influenciam nessa situação. A dor dos pacientes, situação comum nesta unidade, afeta psicologicamente os profissionais, o que contribui para aumentar a tensão muscular.

Podemos dizer, portanto, que existe maior desgaste físico dos trabalhadores no turno da manhã, uma vez que ocorrem mais procedimentos dessa natureza nesse turno. Rocha (1999) e Estryn-Behar (1997) também relacionaram maior desgaste nesse turno, baseados na forma que o trabalho está organizado na maioria das instituições.

Em seu estudo com equipes de enfermagem na França, Estryn-Behar et al. (2001) demonstraram que 77% da equipe de enfermagem alega deslocar cargas pesadas, permanecer 89% do tempo executando atividades em pé e 56% do tempo adotando posturas constrangedoras.

Em outro estudo, Estryn-Behar (1996) mostrou a inadequação dos equipamentos hospitalares e a falta de ajuda mecânica para levantar e assistir pacientes. Identificou ainda que para 75% dos trabalhadores se espera que aceitem as lombalgias e outras dores musculares como parte de seu trabalho.

Além das cargas mecânicas fisiológicas impostas pelas condições abordadas anteriormente a carga psíquica também exerce muita influência no desempenho das atividades. Atenção constante, ritmo acelerado de trabalho, interrupções, trabalho parcelado, monótono e repetitivo, fadiga, tensão, insatisfação, contato com a dor dos pacientes são alguns dos aspectos que tornam ainda mais desgastantes as atividades de contato direto com pacientes (SILVA et al., 1998).

A transferência de pacientes da maca para a cama, e vice-versa, também demanda muito esforço da equipe, porém, geralmente, existe um procedimento coletivo para realizar essa atividade, que está mais concentrada no turno da tarde, horário em que normalmente existe a presença de TE do sexo masculino auxiliando nesse procedimento.

### **3.2.4.1.3 Condicionantes Organizacionais**

#### Condições funcionais dos trabalhadores

Entre as principais disfunções apontadas está o número insuficiente de trabalhadores. É de domínio público que há anos os serviços públicos, em todas as esferas, não abrem novas vagas. Porém, durante esse mesmo período ocorreram aposentadorias, demissões e licenças, levando a uma diminuição real no número de profissionais. Apontamos como principal causa dessa situação a falta de políticas do governo em relação à contratação de pessoal.

A redução da carga horária semanal em relação ao contrato oficial foi considerada uma grande conquista pela categoria. Apoiaram-se no fato de a profissão ser reconhecidamente desgastante. Porém, essa conquista, que tinha como caráter principal diminuir a jornada semanal de trabalho, minimizando a carga de trabalho, trouxe alguns problemas de ordem prática.

Como não houve contratações para compensar a redução da carga horária, tornou-se freqüente fazer horas adicionais para cobrir colegas em licença, faltosos, em férias, plantões em finais de semana e feriados. A falta de uma política organizacional integrada acabou gerando entre os profissionais um grande descontentamento.

Em relação à situação a que estão expostos os trabalhadores analisados, rodízios de horários, plantões extras, número reduzido de folgas podem desencadear vários problemas, tanto de ordem física como emocional. Oguisso (1998) afirma que esse tipo de situação pode

trazer transtornos no sono e transtornos digestivos. Dispõe os profissionais a mais licenças por doenças. Pode afetar ainda o estado psíquico e levar à redução do rendimento.

Outro aspecto a ressaltar foi a existência de outro vínculo empregatício, vindo a acarretar ainda mais desgaste a esses trabalhadores. O funcionalismo público federal vem sofrendo ao longo dos últimos dez anos grande arrocho salarial. A situação econômica e social dos trabalhadores tem se deteriorado, obrigando muitos deles a ter mais de um emprego para prover o sustento de suas famílias ou, ainda, por sonharem com uma melhoria no seu *status* econômico.

A questão da dupla jornada é um fato na unidade pesquisada, assim como em toda a área da enfermagem e tem sido fonte de grande preocupação para a categoria (ALVES; JOUCLAS, 1997; LAUTERT, 1997; SILVA et al., 1998; ROCHA, 1999). Existe ainda como fator agravante ser uma população predominantemente feminina, acumulando ainda uma terceira jornada, qual seja, os afazeres domésticos (OGUISSO, 1998). A maioria deles se mostrou preocupada com a manutenção da sua força de trabalho, especialmente em longo prazo. Concordam que teriam um rendimento profissional muito melhor se trabalhassem num só emprego, porém muitos consideram essa situação um sonho.

#### Natureza da atividade

A variedade de situações a que estão expostos obriga a desenvolver um raciocínio rápido e lógico para interpretação dos dados observados/ou percebidos, bem como estar atento a várias situações ao mesmo tempo. Siqueira (1995) aponta como fatores de dificuldades em relação à natureza da atividade dos trabalhadores hospitalares a carga mental, decorrente da memorização complexa, concentração, parcelamento do trabalho e esclarecimentos insuficientes. Já a carga psíquica considera ser decorrente da pressão da concentração do trabalho, pressão das mudanças nas condições de risco do paciente e do confronto com o sofrimento.

O convívio com a dor, o sofrimento, a ansiedade, a morte, fazem parte do seu dia-a-dia. Dessa forma, as exigências psíquicas podem afetar o seu desempenho e o medo do erro. Os TE pesquisados consideram fundamental o controle das emoções, porém temem perder a sensibilidade. Muitos dizem que conseguiram chegar a esse ponto, porém, ainda há dias que “levam o mundo nas costas quando vão para casa”.

De acordo com Siqueira (1995), para lidar com tanto sofrimento, o trabalhador de enfermagem tenta desenvolver estratégias defensivas controlando e negando seus sentimentos, distanciando-se do paciente. No entanto, muitos deles não conseguem e acabam

se envolvendo e sofrendo com o paciente e seus familiares. Enfrentam ainda no campo psíquico/emocional dificuldades junto a alguns pacientes, ditos difíceis, que reclamam tanto do atendimento prestado como das condições gerais do hospital, sobre as quais o trabalhador não tem ingerência.

Percebemos ainda algumas disfunções relacionadas à natureza da atividade que se relacionam às interrupções que ocorrem ao longo da jornada de trabalho. São situações de emergência, solicitações de pacientes ou de outros membros da equipe, desvio de função, improvisações, entre outras. Essas situações acabam gerando estresse, uma vez que tiram muitas vezes o ritmo da atividade, além de impor sobrecarga de trabalho. Observamos que a falta de um auxiliar administrativo nas unidades em tempo integral, obriga, muitas vezes, os TE a providenciar medicamentos na farmácia, ligar para outros serviços como laboratório, cozinha, farmácia, localizar familiares, caracterizando tanto interrupções nas suas atividades como desvio de função.

No turno da tarde, normalmente, são realizados os exames. Ter que acompanhar os pacientes para realizá-los em outras unidades ou fora do Hospital representa para quem sai uma alteração no ritmo de trabalho, e para quem fica, sobrecarga de trabalho. Se houvesse profissionais em número suficiente para redistribuir as funções de quem fica, possivelmente essa atividade externa seria considerada agradável pelo TE. Entretanto, pelas condições atuais no setor, gera normalmente um desconforto na equipe.

Foi observado em vários plantões os TE recorrerem a outras unidades de internação para solicitar o empréstimo de equipamentos ou materiais para poder dar seguimento à sua atividade. Ficam estressados com essa situação e sentem-se pouco valorizados como profissionais.

As interrupções ao curso do trabalho são uma característica do trabalho hospitalar. Uma pesquisa com equipes de enfermagem na França mostrou que os TE estavam bastante expostos a essa situação. Mais de 70% deles afirmaram ter que abandonar freqüentemente uma atividade para realizar outra (ESTRYN-BEHAR, 2001).

Inevitavelmente, certo número de interrupções que ocorrem nos serviços tendem a desorganizar o andamento da atividade inicial, dando lugar à improvisação. Podem aumentar a possibilidade do erro e condicionar os riscos, especialmente em atividades que exigem concentração, precisão e atenção.

Embora a capacidade de improvisação seja uma característica desejável no trabalhador, a necessidade constante de improvisar não é uma prática fácil de ser exercida,

uma vez que implica correr riscos, já que a improvisação não é a regra, estando sujeita a críticas e a não ser reconhecida pelo grupo. Vários estudos têm ressaltado essa questão (ANSEMI, 1993; LUNARDI FILHO, 1998 LAUTERT, 1999; LUNARDI, 2000).

A improvisação realmente parece fazer parte do cotidiano dos TE. Constatamos que a falta de materiais e equipamentos adequados sobrecarrega os TE, demandando esforços e provocando desgaste do trabalhador. Foi possível observar em um dos acompanhamentos que a falta de seringas de 5 ml exigiu dos TE cálculos de diluição, adaptados a outro volume. Essa situação aparentemente simples, quando se trata de saúde, pode gerar problemas irreparáveis. Dessa forma, ficam preocupados, checam com os colegas, demonstram ter medo de errar.

Como bem discutiu Lunardi (2000) sobre esta questão,

[...] os recursos materiais são de valor imprescindível em qualquer indústria, empresa, como na área da saúde. No entanto, diferentemente do que se dá numa indústria em que a falta de material compromete e inviabiliza a produção, na saúde e na enfermagem, parece ser comum a improvisação, a peregrinação da equipe em busca de recursos mínimos necessários à prestação da assistência. (LUNARD, 2000, p. 131).

### Organização das tarefas

A passagem de plantão define o início das atividades de cada turno. Cada turno de trabalho e equipe tem as suas características próprias para a execução da atividade.

Considera-se que esse pode ser um momento importante para a equipe, tanto na troca de informações a respeito do paciente como de contato entre as equipes que se sucedem.

Entretanto, observamos pouca valorização em relação a esse momento, o que constitui mais uma formalidade do que propriamente troca de informações. Em alguns plantões as informações são repassadas diretamente da enfermeira de um turno para o outro. Em outros plantões cada TE faz o relato do seu paciente.

Consideramos que alguns aspectos podem dificultar este momento. Em relação à equipe que está saindo, foram observados alguns aspectos dos quais destacamos o cansaço da equipe que está finalizando a atividade, a pressa em se deslocar para outro trabalho ou para casa, ou ainda a preocupação em cumprir todas as tarefas do turno, fazendo com que alguns não participem da passagem de plantão.

Em relação à equipe que está chegando no turno destacamos a preocupação em retirar do prontuário a medicação do próximo horário (este procedimento geralmente se inicia antes



do horário de trabalho e continua sendo realizado durante a passagem de plantão), cansaço e atrasos em virtude de vir direto de outro plantão.

O contato direto do TE com o paciente pode possibilitar uma interação de trabalho e carinho, contribuindo no tratamento. Talvez o fato de ser pouco ouvido pelos colegas e chefias esteja influenciando na prática de escutar pouco o paciente, fato observado. Infelizmente, as circunstâncias que estão envolvidas na execução das atividades, de forma geralmente isolada e mecânica, fazem parte de um ajuste pessoal às adversidades encontradas no ambiente de trabalho, o qual valoriza pouco a palavra.

Em um estudo riquíssimo a respeito do saber profano e competência social dos técnicos de enfermagem, Arborio (1996) destaca a importância de se reforçar na formação desses profissionais a necessidade de serem a “escuta do paciente”. Diferente das práticas de cuidados, saber identificar as necessidades dos pacientes requer um senso de julgamento apurado e difícil de ser ensinado. Argumenta a autora que esta capacidade deve ser estimulada e utilizada pela equipe de saúde no suporte ao paciente.

Achamos pertinentes essas colocações, pois acreditamos no potencial dessa atividade no cuidado do paciente.

Na organização das tarefas destacamos ainda que, na maioria das vezes, percebemos solidariedade entre os membros da equipe para dar conta de toda a atividade do período. O companheirismo foi um aspecto bastante valorizado pelos TE.

Por outro lado, sentem-se muitas vezes pouco respeitados em relação a seu trabalho e consideram que faltam palavras e atitudes de reconhecimento por parte dos colegas, chefias e da instituição. Em relação aos pacientes, muitas vezes sentem-se também pouco valorizados por estes. Atitudes de gratidão como um simples obrigado no momento da alta encorajam e incentivam o trabalhador. Observamos que um dos grandes aspectos motivadores para o grupo é a valorização profissional.

#### Promoção do trabalhador

Pudemos constatar a partir dos relatos e levantamento de material fornecido pela instituição que existem várias iniciativas para melhorar as condições de vida e do trabalho dos TE. Entretanto, identificamos a necessidade de rever a forma de abrangência no que diz respeito a essa categoria profissional.

Constatamos que existe pouca divulgação a respeito dos programas e atividades oferecidos. Aliada a esse aspecto, existe a dificuldade real para poderem participar dessas iniciativas. Normalmente, ocorrem fora do horário de trabalho, o que torna a oportunidade

muito remota. Questões como o cansaço após a jornada de trabalho, o custo com condução para participar do evento em outro horário ou, ainda, a impossibilidade por ter outro emprego foram alguns dos aspectos apontados como impeditivos.

Em relação aos treinamentos e aperfeiçoamento, da mesma forma não os conseguem viabilizar. Normalmente, ocorrem em horários fora do expediente, gerando as mesmas dificuldades apontadas acima. Reconhecem a necessidade de se atualizar e afirmam ser isso muito importante para sua atividade, especialmente pelo dinamismo tecnológico e científico nessa área.

Quando se fala da saúde do trabalhador, observamos que sofrem de várias doenças e têm muitas queixas, as quais relacionam com a sua atividade. Falam com ressentimento do descaso da instituição em relação à saúde do trabalhador. Observam que sua atividade lida direto com o paciente, porém não lhes são oferecidos exames de rotina, expondo ambos a risco. Constatamos que a Gestão de Saúde, Higiene e Segurança do Trabalho (GSHST) oferece exames de rotina aos trabalhadores, entretanto apenas quando solicitados. Como a demanda depende da unidade, cabe identificar por que não existe essa iniciativa para os trabalhadores da enfermagem.

Queixam-se muito em relação ao Serviço de Atendimento a Saúde da Comunidade Comunidade Universitária (SASC), por ter um sistema de marcação de consultas em horário incompatível com o seu. Sabem da existência de uma série de especialidades, porém sentem a falta de atendimento de urgência. Caso seja necessário, os TE são obrigados utilizar a emergência do Hospital, como o faz a população em geral.

Oguisso (1998) destaca que o pessoal da enfermagem tem o direito de esperar que a sua instituição lhe ofereça um serviço de saúde adequado, ser esclarecido sobre qualquer risco e perigo potencial que possa existir no exercício da função, assim como promover meios de proteção, como imunizações, treinamentos, medidas de segurança, fornecimento de material adequado e outras medidas relacionadas à melhoria das condições de trabalho.

Constatamos que a principal disfunção na promoção do trabalhador está em compatibilizar os serviços de atenção à saúde, formação e aperfeiçoamento com as possibilidades reais de usufruírem esses serviços.

#### Condições para a alimentação do trabalhador

Existem disfunções em relação a essa atividade que estão diretamente relacionadas às questões organizacionais. Entretanto, algumas disfunções observadas estão associadas com o próprio modo de vida dos trabalhadores, seu contexto sociocultural e inserção social,

evidenciando que as características inerentes ao contexto externo também exercem influência nessa atividade.

Desde a implementação do benefício do VR, o Hospital se isentou de qualquer responsabilidade em relação à alimentação do trabalhador.

O direito à alimentação fornecida pela instituição ficou reservado apenas para os trabalhadores que fazem plantões de finais de semana ou feriados (diurno ou noturno), sendo oferecida apenas uma refeição durante uma jornada de 12 horas de trabalho. Dessa forma, os trabalhadores que fazem esse plantão ficam, no mínimo, 6 horas em jejum durante a jornada de trabalho. Seria impossível não considerar o tempo de deslocamento que os trabalhadores gastam do trabalho à casa, e vice-versa, uma vez que a maioria mora em bairros distantes e até fora do município; dessa forma, certamente o jejum é maior que as 6 horas acima citadas.

A atividade dos TE solicita um grande esforço físico, especialmente nos plantões diurnos. Um jejum prolongado pode expor os trabalhadores a uma situação de risco, ocasionando acidentes de trabalho. Tal situação pode se refletir no cuidado com o paciente, uma vez que muitos sintomas comprometem a atividade do TE. As manifestações fisiológicas podem ser as mais variadas, como enjôo, fadiga, sonolência e falta de concentração. Esses sintomas se agravam à medida que se distancia o horário da última refeição (GRANDEJEAN, 1998).

Em relação à alimentação oferecida pelo serviço de nutrição no plantão noturno, constatamos pouca aceitação dos TE. Alguns alegam que a falta de padronização nas preparações, com diferentes formas de preparo e paladar da comida oferecida em determinados plantões, não estimula. Sentem-se insatisfeitos com a qualidade da refeição oferecida, assim como com o horário em que é servido o jantar, considerado extremamente tarde, por volta das 23 horas.

Ao estabelecer esse horário, não consideram o tempo de deslocamento e muito menos a possibilidade de o trabalhador vir de outro emprego, situação bastante comum no grupo estudado. Apesar do horário, comentam ainda que não é compatível com seus hábitos, alegando não se alimentarem em casa tão tarde.

Além dos aspectos levantados anteriormente, nem todos os TE gostam de descer as escadas para se alimentar no refeitório. Ficam inquietos de se afastar da unidade, temendo situações de emergência com os pacientes sob sua responsabilidade. Alegam que fazer a refeição na unidade seria a situação ideal.

Diante de tantas condições adversas, muitos acabam assumindo a responsabilidade da sua alimentação, cotizando-se na compra de alimentos para fazer lanche na unidade. Nem todos participam, depende muito da harmonia do plantão. Alguns trazem de casa alguma coisa para se alimentar ou se restringem à refeição oferecida pela instituição. Muitos contam ainda com a possibilidade de alimentos excedentes trazidos para os pacientes.

Observamos que é habitual sobrar marmitas, pão e café de pacientes que saem para exames ou que têm alta depois de estarem no mapa da nutrição. Entretanto, além disso ser incerto, depende da decisão da copeira do plantão em ceder, uma vez que é proibido fornecer alimentação aos trabalhadores. Acorrem mais sobras de marmitas no horário da manhã.

Quanto aos trabalhadores que fazem regime de 6 horas, nenhum alimento é oferecido. Eles se queixam bastante, pois muitos vêm direto de outros empregos ou saem direto para outros. O fato de receberem o VR não lhes garante a possibilidade de se alimentarem. Uns dos impedimentos está relacionado diretamente ao custo das refeições, assim como à pouca variedade e qualidade das preparações.

O afastamento da unidade, como colocamos anteriormente, gera angústia no trabalhador. A distância das lanchonetes da unidade também constitui um problema, porque o tempo gasto no deslocamento e as filas enfrentadas fazem exceder o tempo disponível para essa atividade, o que ele não deseja. Trazer de casa comida, às vezes, é impossível, uma vez que muitos deles vêm direto de outro emprego.

Na verdade, a situação da alimentação nos turnos manhã e tarde se repete também em relação a esses trabalhadores, pois na maioria das vezes ficam aguardando a possibilidade de comer o que não é distribuído aos pacientes.

Muitas vezes observamos a divisão de uma marmita entre cinco ou seis pessoas, um momento que denominamos de “O ritual da partilha”, um verdadeiro compartilhamento do pão. É cheio de significados e simbolismo, especialmente no que diz respeito à igualdade de condições. Nesse momento não existe hierarquia. As porções são divididas de forma harmoniosa e justa, considerando-se, inclusive, as preferências, ainda que seja uma única mordida.

Do ponto de vista de segurança nutricional, abordamos duas questões: por um lado, a inadequação visível da dieta em relação às necessidades nutricionais, tanto em termos de nutrientes como calóricos; por outro, a questão está relacionada ao controle sanitário envolvido no ritual. Existe a possibilidade de contaminação, uma vez que alguns colegas compartilham, por vezes, os mesmos utensílios e uma parte do alimento.

Se, por um lado, podemos vivenciar uma relação entre trabalhadores de grande valor do ponto de vista das relações humanas, por outro lado, fez-nos refletir sobre a violência à dignidade humana. Sentem-se humilhados por estar fazendo isso, mais admitem que é muito difícil ter que comprar diariamente a sua alimentação. O VR, por estar incorporado ao salário, passou a fazer parte do orçamento familiar. O direito a usufruir esse valor (bastante defasado) com exclusividade para a sua alimentação transformou-se para alguns em utopia.

Os países do primeiro mundo também vêm demonstrando transformações no comportamento alimentar do trabalhador. Buscando otimizar o tempo gasto com a alimentação, o estudo de Poulin et al. (1998), na França, fala da volta de uma prática em desuso, as marmitas. Mostraram que prioritariamente são as mulheres que estão buscando essa alternativa, especialmente as executivas e as que exercem atividades de chefia.

Para os trabalhadores aqui observados, é uma prática difícil de ser incorporada, considerando que a maioria está vindo ou indo direto para outros empregos. Outro fato a considerar é o que representa socialmente essa atitude. Em nossa cultura o uso da marmita está associado a trabalhadores de baixo poder aquisitivo.

A sala de lanche ou copa é pequena para abrigar a equipe completa, e as cadeiras e bancos estão em estado precário de conservação. Não é um ambiente agradável, nem oferece conforto aos trabalhadores. Faltam ainda equipamentos e utensílios para realizar as refeições e, por isso, trazem de casa talheres e utensílios de cozinha. Por iniciativa dos funcionários em melhorar esse ambiente, compraram em conjunto, em uma das unidades, um forno de microondas e um bebedouro, e na outra unidade, uma cafeteira e um forno elétrico.

Não existe horário fixo para o descanso em nenhum dos turnos. Observamos em alguns dias que a pausa foi muito curta, obrigando o trabalhador a engolir rapidamente os alimentos. Observamos freqüentemente, inclusive, a impossibilidade de se realizar qualquer pausa, em função da sobrecarga de trabalho da unidade.

Consideramos que a falta de formalização dessa atividade, não estabelecendo horários para ela, acaba afetando na própria concepção de sua importância e, conseqüentemente, na viabilização desse momento.

Para Wada (1993), é fundamental fixar um horário de intervalos para descanso e refeição. O autor considera indispensável esse momento para a recuperação física e mental do trabalhador, repondo a energia despendida e dando condições para completar a jornada de trabalho. Salienta ainda que o descanso possibilita melhor resolução mental.

A hora da alimentação é apreciada por todos como um momento de descontração e de convívio social. Tentam se organizar para fazer juntos a pausa, uma vez que não se sentem bem deixando um colega para trás. Esse hábito, embora louvável, dificulta um pouco o serviço, uma vez que ocorre uma parada coletiva. Durante a pausa, discutem questões pessoais, contam piadas, se compadecem com a situação de pacientes, tiram dúvidas em relação ao trabalho. Constatamos que essa atividade é um rico momento de troca.

Certamente, a alimentação do trabalhador vai muito além do papel fisiológico, associado à reposição da sua capacidade de trabalho. Ressaltamos a função hedônica, destacando o papel simbólico dos alimentos, associada à função convivial, que integra e dá identidade ao grupo. Por ser uma atividade com tantos significados nas relações interpessoais, poderia ser mais valorizada pelas instituições (POULIN; SAINT-SEVIN, 1990).

### 3.2.4.2 Percepção dos Técnicos de Enfermagem em Relação à Humanização e Comportamento Alimentar a Partir das Entrevistas

Ao ordenar os dados referentes aos temas Humanização e Comportamento Alimentar, a partir das perguntas norteadoras das entrevistas individuais, emergiram várias unidades de significado, as quais originaram as categorias e subcategorias apresentadas no quadro 5.

Sendo técnico de enfermagem	Pensando em humanização	Alimentando-se em casa	Alimentando-se no trabalho
* O que representa ser TE * Competências pessoais necessárias * Trajetória: chegando à profissão	* Conhecendo o programa * Hospital humanizado: cliente/trabalhador * Fatores facilitadores * Fatores que dificultam * Mudanças observadas * Saúde do trabalhador	* A refeição * Importância da alimentação * N° de refeições * Local * Quem prepara * Alimentação saudável * Como considera sua alimentação * O que considera na compra dos alimentos * Hábito de beliscar * O que come	* A refeição * Como considera sua alimentação * Dificuldades para se alimentar * Local * Tempo para se alimentar * O vale-refeição * Hábito de beliscar * Percepção de mudanças nas práticas alimentares * O que come

Quadro 5: Categorias e subcategorias de análise referentes aos temas humanização e comportamento alimentar, na percepção dos técnicos de enfermagem

### 3.2.4.2.1 Sendo Técnico de Enfermagem

A partir da questão “O que é ser um técnico de enfermagem”, emergiram vários dados que foram agrupados nas seguintes subcategorias:

- a) O que representa ser TE;
- b) Competências pessoais necessárias; e
- c) Trajetória: chegando à profissão.

#### 3.2.4.2.1.1 O que representa ser técnico de enfermagem

Na subcategoria relativa ao que representa ser um técnico de enfermagem, os entrevistados demonstraram forte ligação com a profissão, mostrando em muitas falas sua realização profissional, como podemos observar:

*Ser um técnico representa a minha vida, porque é coisa que eu gosto de fazer, né. Não faço por obrigação, faço por amor mesmo (Denise).*

*Ah, nossa, pra mim é tudo. E eu gosto de lidar com gente. Eu gosto de lidar com doença, gosto de povo (Suzana).*

Shimizu e Ciampone (1999) abordam que essa profissão está permeada de ambigüidades entre satisfação e insatisfação, sofrimento e prazer. Porém, prevalece a satisfação na medida em que o exercício da profissão possibilita aos sujeitos o cuidar do outro. Embora essa dimensão do trabalho não seja visível, ela é real e conforma a identidade do trabalhador da enfermagem.

Como bem definiram Estryn-Behar e Poinignon (1989), o pessoal da enfermagem apresenta forte motivação e interesse real pelo seu trabalho.

Um estudo com profissionais da enfermagem em hospitais franceses em 2002 mostrou dados que reforçam a questão da admiração pela profissão. Dos 5.346 entrevistados, 86% consideraram ter orgulho de fazer parte da equipe de saúde (ESTRYN-BEHAR et al., 2002).

Os depoimentos evidenciaram também a devoção que margeia essa categoria profissional:

*É uma profissão muito linda, pode ajudar as pessoas. Tem que ter vocação, porque a gente passa por momentos muito difíceis [...] é muito gratificante, não tem preço que pague (Graziela).*

*É a realização da minha vida, porque eu escolhi sabendo o que eu iria passar, o que eu iria fazer. Que eu iria ajudar as pessoas (Bruno).*

O contato direto com o paciente e o ajudar ao próximo parecem motivar o trabalhador da enfermagem e conferem um sentimento de valorização que possivelmente tenha origem na manutenção de alguns ideais antigos da profissão, pautados na caridade e doação ao próximo (MATOS, 1999). Porém, Lunardi et al. (2000) consideram que estas características acabam imprimindo pouco espírito crítico, implicando a falta de persistência pelos seus direitos e a ausência de mobilização da categoria.

#### **3.2.4.2.1.2 Competências pessoais necessárias**

Os entrevistados manifestaram, em relação ao perfil necessário para exercer a função, determinados atributos, entre os quais se destacam: vocação; competência técnica; condições físicas; equilíbrio emocional; sensibilidade; e trabalho em equipe.

*A gente tem que ter vocação, porque a gente passa por muitos momentos bem difíceis, principalmente assim quando uma pessoa está prestes a morrer, né [...] a gente tem que ver o paciente no todo, dar um apoio quando necessário, conversar, eles têm muitas carências, eles gostam de saber das coisas, porque com os médicos eles não têm liberdade (Graziela).*

*Considero que tem que ter vocação. A gente vê por aí muitos profissionais que não tem vocação, quantas vezes a gente pensa [...] esse cara não era pra estar aqui ele não tem o dom (Angélica).*

*Pra mim, o técnico de enfermagem é aquele que fica mais tempo com o paciente, que tem mais contato, é aquele que faz a atividade técnica, que tá em contato direto, fazendo medicação, avaliando [...] a gente tem mais é o conhecimento técnico (Gabi).*

*Há atividade é complexa, tu tem que estar muito concentrado naquilo que tu faz. É uma atividade que te exige raciocínio e esforço físico, e ao mesmo tempo tu tens que lidar com diversas situações num mesmo ambiente, com pessoas diferentes, com patologias diferentes. Então, o técnico é o eixo, é muito importante (Andréia).*

*Ter um bom relacionamento com a equipe, chefia e acompanhantes é importante (Margarida).*

*A gente também presta uma certa assistência emocional pro paciente, porque a gente tá ali 24 horas com ele (Caio).*



Os atributos colocados como fundamentais para o exercício da profissão vão além da competência técnica. Remetem-nos a fazer uma reflexão para o cuidado de enfermagem no sentido de ver o ser humano como um todo. Vários autores têm demonstrado a necessidade de mudanças nas relações de trabalho visando à humanização (CAPELLA et al. 1999; MARTINS, 1999; FARIA et al. 1999).

Boff (apud SHIRATORI et al., 2003, p. 212) ratifica esse pensamento quando nos fala sobre o cuidar em enfermagem:

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude [...] um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Em outras palavras, uma atitude de ocupação, preocupação de envolvimento afetivo, que pertence a atitudes do cuidado, que se encontra na raiz do ser humano, por ser ele o próprio cuidado singular e na essência.

Acrescentamos as palavras de Rosa:

*Nossa atividade é importante porque podemos prestar, além dos cuidados técnicos, atenção ao paciente, carinho, dar uma palavra amiga [...] compreensão.*

### **3.2.4.2.1.3 Trajetória: chegando à profissão**

A maioria dos técnicos ressaltou a questão da escolha da profissão como uma decisão vocacionada, por admitirem “certa afinidade com a área da saúde”. O contingente de pessoas que entra nessa área da enfermagem por gostar de cuidar de pessoas ou da área da saúde mostra, segundo Rodrigues (1998), ter interesses coerentes com a profissão. Alguns perceberam essa vocação após sua inclusão nesse mercado de trabalho, ocasionada por circunstâncias diversas:

*[...] me separei [...] eu precisava de uma profissão, eu tinha que sustentar meus filhos [...] tinha uma amiga enfermeira que me orientou a fazer o curso de atendente de enfermagem [...] não podia ver ninguém levar injeção, foi uma barreira terrível pra mim [...] hoje me sinto realizada (Graziela).*

*Essa opção era antiga, eu queria ser médico, mas as circunstâncias não deram, pelo menos na enfermagem eu fiquei (Bruno).*

*Na verdade, por dinheiro. Trabalhava em um hospital na área administrativa e, quando teve concurso para o estado, o salário era três vezes maior, e eu entrei na*

*enfermagem por dinheiro, só que depois que tu entra na enfermagem dificilmente a gente sai, né (Marina).*

*Pela minha irmã. Ela tinha morado com as freiras e fez técnico de enfermagem. Nós somos do interior, né. Somos agricultores e pra estudar tem que sair de casa. Então eu fui morar com ela. Ai, aquela coisa, né, acabei fazendo o curso de técnico de enfermagem. Foi a única profissão até hoje, eu não poderia fazer outra coisa, gosto muito do que eu faço (Margarida).*

De acordo com os dados do PNAD-IBGE, citados por Wagner (2003), existiam no Brasil ano de 2001 cerca de 1,4 milhão de trabalhadores na área da saúde. De acordo com os dados do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), a categoria representa a maior força de trabalho da área da saúde no Brasil, com 55% do contingente. Isso significa um grande mercado de trabalho, capaz de absorver uma grande massa de trabalhadores. Segundo os dados do Cofen, é uma das poucas profissões em que não há desempregados. Na verdade, afirmam que sobram oportunidades. Dos 800 mil inscritos no Conselho Federal, 75% têm duplo ou triplo emprego (LINHARES, 2004).

Enfrentam, contudo, problemas de baixa remuneração e pouca qualificação, advindos, em parte, do ingresso de muitos profissionais em um período em que a formação profissional era pouco exigida. Como destaca Capella (1998), o aumento da força de trabalho com pouca qualificação pode estar vinculado ao próprio crescimento do setor hospitalar privado. Considerando a lógica mercantilista desse setor, a utilização de mão-de-obra barata tem como principal preocupação o lucro.

Todavia, observamos uma preocupação na instituição investigada em qualificar todos os profissionais da enfermagem, dentro de um projeto governamental de capacitação, com apoio do departamento de enfermagem e saúde pública no estado de Santa Catarina.

Em uma pesquisa sobre qualidade de vida com trabalhadores de nível médio da mesma instituição por nós analisada, Matos (1999) encontrou como um ponto de satisfação do pessoal o fato de se trabalhar em hospital. De acordo com os entrevistados, o emprego lhes assegura certa autonomia financeira e a possibilidade de fugir do trabalho doméstico. Os aspectos apontados permitem inferir que esses trabalhadores se inserem em categorias menos privilegiadas da sociedade.

É possível perceber uma identidade com a clientela, quando fazemos uma análise do ponto de vista de inserção social:

*[...] ele tem confiança no médico, ele tem confiança no enfermeiro, mas é a gente que ele procura, até porque ele considera assim o mesmo padrão, o mesmo nível [...] o técnico de enfermagem tá mais próximo até no linguajar, é mais de acordo com a vida do paciente (Jaqueline).*

A pouca qualificação profissional, normalmente, reduz as oportunidades dos indivíduos e impõe poucas possibilidades de profissões valorizadas socialmente. Podemos observar a partir das entrevistas que muitos fizeram sua qualificação profissional depois de atuarem como atendentes ou auxiliares de enfermagem.

O relato de *Mari*, com 23 anos de profissão, demonstra a pouca cobrança que havia em relação à competência técnica para ingressar na enfermagem:

*Antigamente, quem trabalhava em hospital era o enfermeiro e os atendentes, que eram pegos a laço. Se não desmaiassem quando vissem sangue, aprendessem a fazer uma injeção, viravam enfermeiro, né. Hoje é uma profissão procurada por muitas pessoas. Tecnicamente melhorou.*

A valorização da atividade da enfermagem por grande parcela da população, manifestada por meio de elogios e exaltação a características de dedicação e abnegação desses trabalhadores, pode ter contribuído também para a descoberta da vocação que emergiu na maioria das entrevistas em decorrência da prática profissional.

#### **3.2.4.2.2 Pensando em Humanização das Condições de Trabalho**

Após conhecermos o que pensavam da profissão, foi perguntado aos técnicos de enfermagem o que consideravam em relação à humanização das condições de trabalho, considerando a implementação de um programa de gestão humanizada nesse período na instituição. Suas respostas a partir dessa categoria formaram as subcategorias que se mostram a seguir:

- a) Conhecendo o Programa Nacional de Humanização;
- b) Hospital humanizado;
- c) Fatores facilitadores para a humanização;
- d) Fatores que dificultam a humanização;
- e) Mudanças observadas; e
- f) Saúde do trabalhador.

### 3.2.4.2.2.1 Conhecendo o Programa Nacional de Humanização Hospitalar

Embora o Hospital fizesse parte, no momento da pesquisa, de um projeto piloto nacional de implantação do Programa de Humanização, os entrevistados, em sua imensa maioria, sequer tinham ouvido falar sobre o referido programa. A fraca divulgação ficou evidenciada por várias falas, conforme podemos observar:

*Não conheço a fundo, não sei qual é a filosofia. Quer dizer, a filosofia eu imagino qual seja, não sei qual o objetivo disso dentro dos hospitais, porque nunca participei de nenhuma reunião a respeito disso (Andréia).*

*Não eu nunca ouvi falar nada (Graziela).*

*Que existe este programa sim. Tratar assim, humanização é [...] com os acompanhantes e familiares (Laura).*

*[...] tem cartazes por aí (Denise).*

*Eu já ouvi falar [...] um tratamento igual pra todos os indivíduos, independente de classe social, cor, raça, né, mais ou menos isso? (Lorena).*

Percebemos que existe por parte da equipe um conhecimento a respeito do termo “humanização”, por ser uma filosofia que o Hospital sempre buscou, especialmente no que se refere ao cliente. Muitos projetos isolados foram implementados, em que a preocupação maior tinha como bandeira a palavra “humanização”. Temos como exemplos dessas iniciativas o título de Hospital Amigo da Criança, o Projeto Mãe Canguru, o título de Maternidade Segura, entre outras iniciativas. Porém, como podemos perceber, foi nesses projetos, que tiveram ampla divulgação institucional, que se basearam as respostas.

Nogueira Martins (2003) faz uma discussão em relação à importância de as propostas da humanização se pautarem em um projeto institucional, para não se transformarem simplesmente em uma maquiagem superficial. Reforça que somente com a participação de todas as pessoas que trabalham na assistência direta, do porteiro aos médicos, é que haverá a transformação do tecido institucional.

A maioria dos entrevistados evidenciou nas falas somente propostas de melhoria da qualidade de atenção para o cliente. Entretanto, um dos eixos centrais do PNHAH é trabalhar o binômio cliente/trabalhador. Dessa forma, prevê a melhoria das condições de trabalho.

Cabe uma reflexão sobre a fraca divulgação dos objetivos do programa pelo grupo de trabalho de humanização hospitalar local. É de responsabilidade do referido grupo elaborar

estratégias para promover um real comprometimento de todo o hospital com a política de humanização e uma participação ativa dos profissionais em disseminar o PNHAH.

#### 3.2.4.2.2 *Hospital Humanizado*

O significado da subcategoria “o que é um hospital humanizado” foi marcado por respostas que nos remetem às questões anteriormente abordadas, ou seja, a visão de hospital humanizado é focada predominantemente pela atenção ao cliente:

*O hospital humanizado vê o paciente como um todo. Ele não pode esquecer que a pessoa é inteira [...] eles internam com um problema na perna, eles só olham pra perna, eles esquecem que ele está com depressão, se ele está com problemas [...] vai ser humanizado no dia que eles conseguirem ver o paciente num todo (Suzana).*

*Eu acho que é aquele que tem por objetivo atender bem, sem diferenciações e que busca sempre o melhor atendimento (Francisco).*

*Eu acho que é tratar bem o paciente, com respeito, como ser humano, e não como uma vesícula que está ali pra ser tratada, como eu gostaria de ser tratada (Cote).*

Essa visão fragmentada do ser humano foi criticada por *Mari* ao referir a conduta da medicina e da enfermagem:

*A medicina e a enfermagem partiram assim o ser humano em pedaços [...] ó, estou internando uma vesícula, o médico não diz, estou internando o fulano de tal, ele nem sabe o nome de quem está tratando e com a enfermagem [...]ó, o 302 está chamando.*

Poucos TE se percebem como sujeitos da ação. Somente *Marina* e *Angélica* ressaltaram que o conceito de hospital humanizado passa também por condições de trabalho adequadas, ou seja, cuidar de quem cuida, como podemos observar nas suas falas:

*Hospital humanizado tem que ser humanizado não só em relação ao paciente como também em relação ao funcionário [...] o funcionário tem que estar muito contente com o que ele está fazendo, para ele produzir bem. Você trabalha num setor que não te faz bem, você não vai demonstrar teu potencial (Marina).*

*[...] humanizar primeiro os funcionários para depois querer humanizar, fazer este trabalho com os pacientes, porque de repente tu humaniza, humaniza e esquece do funcionário, que é gente cuidando de gente [...] (Angélica).*

Destacamos que, desde 1996, a Diretoria de Enfermagem do local do estudo vem demonstrando preocupação quanto à necessidade e às possibilidades de se buscar um novo “modo de fazer” na assistência de enfermagem, numa perspectiva humanista, a qual respeite os principais envolvidos: “sujeito trabalhador” e “sujeito hospitalizado” (CAPELLA et al. 1999).

Em 2001, o Hospital estudado, reconhecido pelo seu trabalho voltado à humanização hospitalar e buscando consolidar sua filosofia, se integra ao projeto piloto de um Programa Nacional de Humanização hospitalar. Foram selecionados em todo o país 96 hospitais, apenas três em Santa Catarina.

Um modelo de humanização para o trabalho pressupõe um sinergismo entre as necessidades do sujeito-trabalhador e do sujeito-hospitalizado nos planos assistenciais e administrativos. Conforme descreve Ferreira (2003, p. 467),

Quando se reconhece que essa assistência envolve necessariamente um trabalho técnico e uma interação humana, a proposta de humanização do trabalho profissional torna-se indissociável de uma necessária profissionalização dessa relação entre esses dois sujeitos. Sem isso, corre-se o risco de cair na concepção de um humanitarismo caritativo e voluntarista, contra o qual a categoria da enfermagem vem lutando historicamente para ser reconhecida pela sua competência técnica e formação científica.

#### **3.2.4.2.2.3 Fatores Facilitadores para a Humanização**

Na subcategoria que apontou para a existência de fatores facilitadores da humanização presentes na unidade, poucos aspectos foram apontados. O enfoque foi nas relações interpessoais, conforme observamos em algumas falas:

*Eu acho que a amizade e o coleguismo, assim o bom humor de muitos colegas, né, [...] de manhã tem um pessoal bom pra trabalhar (Angélica).*

*[...] as pessoas que trabalham comigo no meu turno são maravilhosas, elas me dão retorno, me compreendem, a gente sempre conversa, acerta os horários, faz troca de plantão sem problemas, se ajuda... (Andréia).*

*[...] a enfermeira está sempre presente [...] tem uma enfermeira 24 horas junto com a gente, né, pra alguma dúvida, pra auxiliar em algum curativo [...](Caio).*

Sabemos que o estresse relacionado ao trabalho é resultado de um conjunto de situações ou condições que são potencialmente desestabilizadoras. Ao pesquisar agentes estressores organizacionais nas equipes de enfermagem, a falta de comunicação e de um bom relacionamento interpessoal aparece como fator determinante na gênese do estresse (MARTINS et al., 2000).

O relacionamento entre as pessoas no ambiente de trabalho significa o cruzamento de diferentes histórias pessoais e a construção de uma rede de comunicação que pode harmonizar a convivência em benefício de todos. Consideramos que o fato de existir um bom relacionamento da equipe fortalece o grupo no enfrentamento de questões adversas. Lunardi et al. (2000) afirmam que as boas relações no trabalho são imprescindíveis num ambiente humanizado, devendo ser permanentemente incentivadas.

#### **3.2.4.2.2.4 Fatores que dificultam a Humanização**

Na subcategoria que apontou para os fatores que dificultam a humanização das condições de trabalho foram enfocados aspectos relacionados às condições materiais, físicas e organizacionais, e a pouca valorização profissional, conforme observamos em algumas falas:

*Angélica* colocou sua angústia em relação à falta de materiais e à dificuldade de prestar um atendimento humanizado:

*Pra humanizar é necessário muita coisa, não é só boa vontade. Claro que é desumano tu levar um paciente com cadeira de rodas quebrada sem suporte para o soro, pneu furado, é desumano também para o profissional, é desumano tu levar um paciente com uma maca sem proteção lateral [...] o profissional vai ter aquele estresse não só de empurrar o paciente mais também o medo de que ele caia.*

*Aparecida* e *Laura* ressaltam que a falta de materiais e a manutenção inadequada dos equipamentos interferem na conduta com os pacientes:

*Tu estimula o paciente pra andar depois da cirurgia, aí o suporte do soro, quando se encontra, pesa mais que o paciente, é tão pesado que não sai do lugar [...] como vou pedir pro paciente andar se não tem um suporte pra pendurar o soro? (Aparecida).*

*Às vezes você precisa um abocate menor e não tem, você é obrigado a dar o jeito e puncionar com um calibre maior, o que torna o procedimento bem dificultoso, porque é acesso venoso, né? (Laura).*

Várias falas evidenciam ainda o desgaste, tanto do ponto de vista físico como emocional, que representa a falta de equipamentos adequados:

*A gente tem que ficar correndo, de andar em andar, atrás de uma cadeira de rodas, isso gasta tempo, tu se desgasta [...] (Marília).*

*Esses dias precisei levar um paciente pra exame lá no raio X e não tinha cadeiras [...] Isso interfere, estressa a gente (Marina).*

*Eu fico indignada de sair para pedir coisa emprestada [...] tem horas assim que dá vontade de dizer “ não vou fazer e pronto”, “não tem, não faço, pronto” (Suzana).*

*As camas são totalmente inadequadas. O ideal seria aquelas com grade fixas. A gente pega aquelas grades pesadas, toda enferrujada, faltando parafuso, não da segurança, nem para o paciente nem pra gente [...] atrapalha na execução do trabalho, cansa (Jane).*

*E aquela manivela emperrada [...] se é uma paciente gorda, tu quase morre levantando a cabeceira [...] sai dali com os braços doendo (Suzana).*

*Esses dias nós estávamos com oito banhos de leito só tinham duas bacias [...] meus banhos eram pra terminar às 10 horas, era meio-dia e eu não tinha terminado [...] realmente como a falta de material reflete no encaminhamento das coisas (Rosa).*

A prática cotidiana da enfermagem impõe uma submissão à falta de recursos humanos e materiais, questão esta diretamente relacionada ao cliente, pois seu cuidado poderá ficar comprometido.

Ao aceitar trabalhar com condições inadequadas, a enfermagem argumenta que seu objetivo é garantir o cuidado, o bem-estar e a recuperação do cliente. Por outro lado, o não-cuidado de si é evidenciado na fala de muitos enfermeiros na tese de Radunz (1999). Vários motivos são colocados, como o excesso de atividades, o refúgio no trabalho e a falta de apoio da instituição, entre outros.

Entretanto, na visão de Beneri et al. (2001), a categoria se contradiz ao não reivindicar de modo sistematizado, organizado e coletivo a melhoria da assistência, expondo o cliente a um atendimento com riscos, devido à falta de recursos materiais e insuficiência de recursos humanos. Os autores argumentam ainda que, em vez de contrapor-se à instituição ou à equipe, médica escondem-se atrás das necessidades dos clientes, para justificar uma atitude submissa.

Ainda dentro dessa subcategoria emergiu das falas a pouca valorização profissional demonstrada pelos baixos salários, falta de reconhecimento, falta de cuidados em relação à



saúde do trabalhador, em especial ao direito de alimentação no trabalho, como podemos observar a seguir.

*Falta reconhecimento às vezes. A gente vê muitas cobranças, não se vê um elogio, é muito difícil de ouvir [...] tem pessoas que já chegam reclamando e passam o dia assim, [...] tem dias, parece que você está levando o mundo nas costas (Laura).*

*A gente se doa, a gente se doa muito, enquanto você acha que fez coisas boas, ninguém diz “fulana, fez isso, ou aquilo” [...] vejo minhas colegas fazendo coisas boas, importantes, e de repente eu também não falo [...]. A gente deixa de falar (Heloísa).*

Segundo Pitta (1990), o mesmo trabalho que produz sofrimento também é capaz de produzir satisfação e prazer, através de mecanismos sublimatórios, quando as tarefas são “socialmente valorizadas”. No entanto, o que se percebeu nas entrevistas é que os TE não se sentem valorizados. Essa percepção ficou bastante relacionada à falta de incentivos e elogios, como também aos baixos salários.

*Eu acho que o profissional deveria ser bem melhor pago, porque ele lida com uma coisa muito especial, ele devia ser valorizado e ele não é (Graziela).*

*Nosso salário é desumano (Angélica).*

A baixa remuneração nos remete à questão da dupla jornada de trabalho, fato comprovado nas entrevistas.

*Seria ótimo se a gente tivesse condições de trabalhar num só emprego, mas nós não temos condições de dispensar. Claro que seria bem mais produtivo (Marina).*

Segundo Gonzáles (1998, p. 108), “Os baixos salários expressam objetivamente a desvalorização de uma categoria que ainda traz consigo o legado de uma história calcada na submissão, abnegação, caridade e vocação para cuidar dos outros”.

Vários autores comungam da mesma preocupação em relação à baixa remuneração. Para Anselmi et al. (1993), a sobrevivência e a possibilidade de consumo que assegure a reprodução social, na maioria das vezes, exigem dos trabalhadores da enfermagem a dupla ou até tripla jornada de trabalho.

A insatisfação com a questão salarial foi colocada pela ampla maioria dos trabalhadores da enfermagem, como mostra em seu artigo Matos (1999). Segundo a autora, aproximadamente 70% da categoria possui mais de um vínculo empregatício.

Situação bastante semelhante foi observada com os entrevistados que afirmaram a necessidade de manter mais de um emprego para poder sobreviver. De 31 entrevistados, 19 confirmaram ter outro vínculo formal de trabalho, em outros serviços de saúde. Outros trabalham no mercado informal, fazendo “bicos” para complementar a renda.

Outro aspecto importante a ressaltar está centrado no fato de a categoria ser formada pela maioria absoluta de mulheres. Isso nos leva a considerar outra importante jornada de trabalho, que consiste nas obrigações domésticas, papel ainda atribuído às mulheres em nossa sociedade, conforme discutem os autores Alves e Jouclas (1997).

O conjunto de suas atividades, associado ao trabalho formal, reduz a possibilidade de tempo livre para lazer e o cuidar de si, prejudicando sua qualidade de vida e aumentando sua propensão a doenças, conforme reforça Marcon et al. (1997).

O número de funcionários insuficiente também foi mencionado como um fator limitante por *Marília*:

*No momento aqui está tendo falta de funcionários, então às vezes sobrecarrega e tu não consegue dessa forma prestar um atendimento humanizado, fica difícil.*

O número insuficiente de funcionários impõe sobrecarga de trabalho. Essa situação acarreta um desgaste adicional, uma vez que a função de TE já é vista como pesada, cansativa e estressante (ALVES; JOUCLAS, 1997).

Existe na instituição estudada um acordo desde 1993 de redução da jornada de trabalho para 36 horas semanais e, posteriormente, para 30 horas semanais, extra-oficiais. Como não houve contratação adicional para suprir esse novo regime de horas, os funcionários têm que se adaptar segundo as necessidades do setor, o que impossibilita o cumprimento desse acordo interno.

Segundo Matos (1999), nas unidades de internação, a possibilidade da jornada de 30 horas tem ficado cada vez menos viável, considerando as características de permanência e continuidade exigidas pelo serviço. Entretanto, nas demais áreas do Hospital, existe o cumprimento do acordo, gerando para os trabalhadores das unidades de internação um grande descontentamento.

Outro aspecto importante ressaltado pela mesma autora é que a reivindicação das 30 horas foi justificada, inicialmente, pela própria característica do trabalho. Porém, hoje mais do que uma aspiração, a redução da jornada tornou-se uma necessidade, em função de a maioria ter assumido outro emprego. A autora conclui com uma reflexão extremamente pertinente a

situação encontrada: “A redução da jornada de trabalho, para resultar em melhor assistência ao paciente e melhor qualidade de vida para a categoria, deve estar associada a um piso salarial que garanta a subsistência do trabalhador, com apenas um emprego”.

O fato de o TE não ter direito à alimentação no trabalho, exceto nos finais de semana e feriados, quando realizam plantões, foi considerado como um dos fatores desumanizantes na instituição:

*Eu acho que se preocupar com a saúde do trabalhador é também humanização, por exemplo, a alimentação [...] nos dias de plantão a gente tem só uma hora pra comer [...] a gente pode até descer no refeitório, mas se a unidade está apertada, pode esquecer o teu almoço porque tu não tens como descer da unidade [...]. Que humanização é essa que no fundo eu trabalho pra ganhar o pão de cada dia, mas na hora do trabalho eu não posso comê-lo (Olivia).*

*A alimentação aqui deixa a desejar, porque os funcionários não têm direito [...] na fundação (trabalhador do estado) a alimentação é livre para os funcionários, aqui não. É muito rígido (João).*

*Muitas vezes, quando se faz 12 horas nos dias da semana, até muitas vezes para cobrir atestados, a gente não tem direito à alimentação. A gente tem que tirar do bolso da gente, e às vezes a gente não tira porque não tem [...] eu acho que isso não é humanizado [...] às vezes eu estou ali angustiada porque, de repente, estou com fome, ou cansada, porque eu tenho dois ou três empregos para poder me manter (Lorena).*

A questão da alimentação tem gerado grande descontentamento entre os trabalhadores que se sentem inferiorizados e discriminados quando abordam esse assunto e fazem comparações com outras categorias profissionais. A partir da adoção do VR, a instituição se eximiu de oferecer qualquer alimento ao trabalhador, tornando-o responsável pela sua alimentação no trabalho. Hoje é compromisso da instituição oferecer uma refeição somente para aqueles que fazem plantões em finais de semana e feriados, em uma jornada de 12 horas, que no plantão diurno consiste no almoço, e no noturno, na ceia.

Essa situação é bastante desumana quando consideramos uma longa jornada de trabalho aliada ao fato de ser uma atividade bastante intensa, que requer uma demanda energética elevada. A carga física imposta pela atividade dos TE é bem evidenciada por Estryn-Behar (1996) em sua pesquisa com equipes de enfermagem francesas e belgas. Constatou que de 60% a 80% da jornada do trabalho diurno era realizada na postura de pé. Desse tempo, 16% a 24% realizando atividades em posturas penosas. Outro dado importante relatado na pesquisa foi no número de quilômetros percorridos em um plantão, que variou de 4 km a 7 km. Em estudo realizado em uma clínica do Hospital estudado, a distância

percorrida foi mais elevada, chegando o profissional analisado a percorrer no período da tarde 9 km (SALLES et al., 2001).

A mudança ocorrida em função da não-obrigatoriedade de fornecimento de alimentação gerou um descomprometimento da instituição em relação a um aspecto tão importante para a saúde do trabalhador. Além de não oferecer alimentação, não existe horários fixos para a realização das refeições, nem lugar adequado para realizá-las. As duas cantinas existentes no ambiente hospitalar não permitem muitas escolhas saudáveis, entre outros aspectos negativos.

Normalmente, vários aspectos positivos estão associados às empresas que oferecem alimentação ao trabalhador. Proença (1997) destaca o aumento de produtividade, a diminuição de absenteísmo e, especialmente, a melhoria das relações de trabalho por promover maior integração entre os profissionais.

A questão de igualdade de direitos entre as categorias profissionais é evocada por Angélica quando diz:

*É desumano tu não ter direito à refeição e ver os doutorandos e residentes indo lá e almoçar.*

As palavras de Angélica são reforçadas por Gabi, que fala do noturno:

*A medicina tem quarto, tem tudo para descansar, e o pessoal da enfermagem não tem um local [...] humanizar é ter direitos iguais, é a possibilidade de um mesmo repouso [...] dar as mesmas oportunidades para diferentes classes.*

A falta de condições adequadas de trabalho é claramente percebida pelos funcionários. Buscam, entretanto, contornar essa situação, especialmente em relação à falta de material e às péssimas condições dos equipamentos, usando criatividade e improvisando procedimentos. Para alguns, essa adaptação parece já estar incorporada nas aptidões necessárias para exercer a função, como podemos perceber no relato de Pedro.

*Eu sempre aprendi uma coisa, que a enfermagem é improviso. Não tem isso, tenta fazer com aquilo. Claro que pode causar danos pra mim [...] uma coisa que não é correto, talvez um dano para o paciente [...]. Mas aprendi a improvisar na enfermagem, a enfermagem é muito improvisada, então pode ter consequências sérias pra ti.*

Limitações no exercício da profissão parecem ser uma constante na enfermagem, normalmente vinculada à falta de recursos humanos e materiais. A capacidade de improvisar

advém de um aprendizado no fazer cotidiano, porém causa esforços excedentes na execução das tarefas e provoca desgaste do trabalhador (ANSEMI, 1993).

Para Lautert (1999), a prática do improviso acaba gerando sofrimento, pois todos certamente desempenhariam melhor suas funções dentro de ambiente de trabalho organizado.

Tais condutas, embora incorporadas no dia-a-dia desses profissionais, podem trazer, como salienta Lunardi Filho (1998) em sua tese, complicações para o exercício da profissão e para a ética profissional.

#### **3.2.4.2.2.5 Mudanças observadas**

As mudanças observadas nos últimos anos foram predominantemente negativas, conforme podemos observar nas falas:

*Nada mudou. Eu não senti nada, pelo menos na minha unidade. Com relação a pessoal, não mudou nada; ao material, continua a mesma coisa, assim faltando uma coisa ou outra, o mobiliário [...] nada alterou (Caio).*

*Esse ano várias vezes eu já vi faltar atadura [...] estamos naquela assim de ter o número certinho de ataduras. Nunca tinha faltado tanto. Esse ano tem faltado bastante (Suzana).*

*Quando eu entrei aqui, todo mundo diz que é o mesmo número de funcionários, mas achava que a escala era bem mais leve do que a de hoje. A gente tinha mais folga. A gente podia ficar um tempinho parada. Agora você trabalha direto, a tua escala está mais pesada. Essa semana estou trabalhando direto, vou fazer uma folga só no sábado. Por exemplo, semana que vem, eu vou trabalhar de segunda a sábado direto sem ter uma folga (Denise).*

*O salário parou [...] acho meio difícil a vida que a gente leva lá fora [...] acho uma desconsideração com os funcionários em termos de alimentação [...] eu quero acreditar que uma instituição ofereça pelo menos para o funcionário que trabalha na semana, um copo de café e pão. Agora correu uma circular proibindo as copeiras de deixar uma garrafa térmica ou sobras de pão [...] a pessoa saiu de casa às 5 horas da manhã, pra ir trabalhar, larga à 1 hora [...] até chegar em casa 3 ou 4 horas da tarde. Ela vai passar todo esse período sem comer, tendo gasto o seu lado psicológico, o seu físico, mas não ganha (André).*

*Em relação à alimentação mesmo, antes quando entrei aqui tinha um lanche de manhã, a gente pegava o café lá embaixo, com margarina, uma garrafa de café, leite, pão. Depois que veio o vale, eles tiraram a refeição toda, até de quem faz plantão. O pessoal que faz plantão deveria ter direito [...] como é que eles vão sair pra comprar um lanche, um almoço [...] não tem como (Jane).*

Embora os aspectos de mudanças tenham sido, pela maioria dos técnicos, apontados como negativos, alguns fizeram menção a algumas conquistas que merecem destaque:

*Quando eu entrei, o regime era militar. Era cobrado tudo. Agora a gente tem acesso ao médico, à enfermeira. A gente tem mais liberdade de diálogo com eles. Eles foram botando na cabeça que se eles forem mais amigos dos técnicos e conversando, o trabalho seria bem melhor [...] sobre pressão o trabalho não sai bem feito (Bruno).*

*Teve uma mudança boa. Hoje a gente consegue comprar o melhor material. Antigamente era a licitação mais baixa. Hoje não, a gente faz os testes e aprova ou não, daí entre os aprovados se escolhe o de menor preço (Margarida).*

Gonzáles (1998) fala que as enfermeiras alegram-se quando conseguem comprar material de boa qualidade ou mais adaptados às necessidades da unidade. Embora essa questão possa parecer simples e até mesmo óbvia, é importante ressaltar que, mesmo tendo ocorrido um grande avanço tecnológico, a enfermagem ainda lida com equipamentos arcaicos ou de má qualidade, que exigem, muitas vezes, um esforço enorme para sua utilização, como é o caso das camas com manivelas manuais.

*Liberaram à gente os sapatos abertos, não cobram mais os uniformes brancos, a gente pode vir trabalhar de qualquer roupa desde que você use o jaleco [...] liberaram o salto alto. A enfermagem ficou mais feminilizada (Olívia).*

Entre as conquistas, *Olívia* resalta ainda mudanças positivas para o paciente, valorizando o direito a ter acompanhante:

*Foi garantido aos idosos e adolescentes o direito a acompanhante, que antes tinha médico que brigava, não queria, e hoje eles estão tendo que engolir os acompanhantes no quarto.*

#### **3.2.4.2.2.6 A saúde do trabalhador**

Das entrevistas emergiu a subcategoria relacionada à valorização que a instituição demonstra em relação à saúde dos trabalhadores. Nas falas percebemos forte percepção de descaso, como podemos perceber a seguir:

*Não, não valoriza. Não sei há quanto tempo trabalho aqui, eu só fiz os exames quando entrei [...] aqui a gente trabalha na área da saúde, e quando a gente fica doente, a gente se estressa muito no serviço, a gente vai consultar aqui, os médicos dizem que é*

*malandragem, não avaliam. A gente diz que está com dor, mas como dor não tem cor, dizem que é malandragem (Maria).*

*Nem um pouco, estou aqui há 16 anos e nunca ninguém chegou pra mim e perguntou se eu tinha feito algum exame de rotina [...] Até pelo fato de ter artrose eu fui à junta médica e chega lá, simplesmente eles dizem: ah, é a coluna, não faz isso, não faz aquilo, mas continua onde tu estás porque não tem outro lugar para te colocar [...] (Zeca).*

Foi observado por *Aparecida* que a intervenção da diretoria até viabiliza certos procedimentos, porém em relação a medidas preventivas e corretivas pouco tem sido feito:

*Se preocupa entre aspas. Quando tive um problema grave nos braços, eles me ajudaram a fazer os exames [...] só que as reivindicações em função desse problema, que a gente pediu de melhoras pra unidade, no caso das manivelas das camas, as cadeiras de rodas pesadas [...] nem a graxa das manivelas foi passada. Eu acho que a falha é grande, né. Não foi uma funcionária que teve problemas com movimentos, foram várias.*

Nesta subcategoria a importância da alimentação na valorização da saúde do trabalhador ficou muito clara, como bem destaca *Denise*:

*Se valorizassem a saúde do trabalhador dariam almoço para nós todos os dias.*

*Heloísa* também levantou a importância da alimentação dizendo:

*Eu e meus colegas nos sentimos assim meio jogados, relegados, ninguém se importa com a gente. Se a gente tem fome, como é que a gente vai trabalhar bem, se a gente tem fome? Dói o estômago, só pensa em comida [...] de repente um lanchinho, podia até ser simples, é a gente ser lembrado como trabalhador. Daí a gente pensa como eu sou importante. Mas isso não acontece, porque comer as sobras não é digno como ser humano.*

O trabalhador sabe a importância de estar bem para poder cuidar e admite que muitas vezes não consegue prestar um bom atendimento pelas condições precárias em que se encontra. A infelicidade do trabalhador em relação à sua desvalorização como ser humano, que também adoece, está bastante demonstrada na fala de *Margarida*:

*As maiores agressões do trabalhador com o paciente é exatamente porque ele está doente, querendo colo, e não querendo dar colo. Ele quer atenção, ele quer ser*

*cuidado, e não cuidar, então como é que vão conseguir trabalhar? Porque ninguém pergunta como é que vai tua saúde [...].*

É hora de cuidar de quem cuida. Essa falta de atenção com a saúde do trabalhador, tão abordada pela literatura e aqui sentida nos relatos, tem gerado muito sofrimento e indignação nesses profissionais. As políticas restritivas de investimento no campo social vêm flagelando a dignidade humana a ponto de haver sofrimento físico, espiritual e social. Da mesma forma, também afetam a própria essência do cuidado, transformando esses trabalhadores em executores de ordens; profissionais que dividem a ambigüidade entre satisfação e insatisfação, sofrimento e prazer, sempre polarizados em sua prática do cuidar do outro; seres humanos com ambições, frustrações, desejos e culpas, geralmente adoecidos, e acima de tudo impotentes diante das condições de trabalho a que estão expostos.

É importante falar do significado que o trabalho exerce em nossas vidas, ocupando as melhores horas do nosso dia. Para realização desse trabalho, privamos-nos do convívio familiar, do lazer e do ócio, hoje tão valorizado.

Portanto, é fundamental que procuremos fazer do trabalho uma fonte de equilíbrio e satisfação, e isso passa necessariamente pela luta por melhores condições de trabalho. Precisa-se respeitar o trabalhador como um sujeito de mudanças, que precisa ser tratado com humanidade para que possa humanizar o atendimento.

### **3.2.4.2.3 Comportamento Alimentar dos Técnicos de Enfermagem**

#### **3.2.4.2.3.1 Alimentando-se em casa**

Quando pensamos em trabalhar a questão das possíveis influências da gestão humanizada sobre o comportamento alimentar no trabalho, sentimos a necessidade de estender a pesquisa para a casa dos profissionais, buscando traçar um perfil fora da atividade laboral. A partir da questão sobre o comportamento alimentar dos técnicos de enfermagem em casa, emergiram vários dados, que foram agrupados nas subcategorias, apresentadas no Quadro 6.



Categoria: Alimentando-se em Casa	
* A refeição	Momento de convivência
* Local da refeição	Cozinha
* Quem prepara	O trabalhador
* Alimentação saudável	Conceito relacionado a alimentos e condutas
* Como considera sua alimentação	Boa
* O que considera na compra dos alimentos	Preço, Prazer, Qualidade
* Hábito de beliscar	Sim (pouco mais da metade)
* O que come	<p>Nº de refeições: de 3 a 5</p> <p><b>Café da manhã:</b> café/café com leite Açúcar/adoçante Pão/bolacha Margarina/queijo/mortadela/doce</p> <p><b>Almoço:</b> Arroz Carne Vegetais Feijão Frutas</p> <p><b>Jantar:</b> a maioria faz lanche “mais reforçado”; igual ao café da manhã mais algum salgado ou pizza; hambúrguer; cachorro-quente</p>

Quadro 6: Subcategorias relacionadas ao comportamento alimentar dos técnicos de enfermagem em casa

### A. A Refeição

A refeição na percepção dos trabalhadores tem um grande significado social. Está explícita nas falas a importância desse momento, de partilhar não só o alimento como a oportunidade de reunir a família. Para a maioria, isso só é possível nos finais de semana, conforme observamos nos depoimentos.

*Sempre juntos, porque a gente quase não tem oportunidade de fazer as refeições juntos, então nos finais de semana a gente aproveita. Antigamente, eu trabalhava num emprego só, a gente comia um em cada sofá, mas hoje a gente está muito separado durante a semana. Quando a gente está em casa é de lei: a mesa posta com toalha, cada um com seu prato, seu talher [...] (Andréia).*

Garcia (1999) afirma em seu trabalho que a possibilidade para reunir a família em torno das grandes refeições vem perdendo espaço na rotina familiar. As adaptações dos horários em função das rotinas familiares de trabalho e estudo é um fator que tem contribuído para desagregar esse ritual familiar. No grupo por nós estudado, ainda se tenta preservar esse ritual nos finais de semana.

Notamos que a refeição, para muitos, é revestida de um simbolismo religioso que transforma essa atividade num momento sagrado.

*[...] é muito sagrado à mesa. Tenho 2 filhos pequenos, então eu valorizo muito esse negócio de sentar, arrumar a mesa, nem que seja pra tomar café (Rosa).*

*A gente põe a mesa, faz a oração e come, sempre junto (Olívia).*

Nos relatos de *Gabi, Aparecida, Graziela e Maria*, fica evidenciado que a presença de pessoas no momento da refeição interfere no comportamento alimentar.

*Eu não gosto de comer sozinha, por isso não vou comer em casa, [...] geralmente eu como com alguma colega, almoço em algum lugar por aqui.*

*[...] pra mim ir pro fogão pra cozinhar só pra mim, eu não faço [...] parece que, por melhor que seja, parece que fica aqui na garganta e não desce. Tendo gente ao meu redor, eu como melhor.*

*Eu prefiro comer sozinha, aí eu posso me exceder, me sinto mais à vontade, porque o meu marido fica me freando, né. Aí eu fico moderada quando ele está próximo.*

*É interessante acompanhada, porque daí tu demora mais. Um problema que eu tenho é que eu como muito ligeiro e quase não mastigo, engulo tudo meio inteiro. Daí com uma pessoa junto, tu demora mais um pouco, tu vai conversando.*

Se, por um lado, alguns se sentem estimulados a comer melhor na presença de mais pessoas, existem aqueles que sentem certo cerceamento quando observados, preferindo realizar a refeição sozinhos.

Estudos realizados por Castro et al. (1997) e Patel e Schlundt (2001) mostraram que existe uma correlação social positiva em relação ao consumo alimentar. O contexto social, ou facilitação social, estimula o consumo alimentar.

Em um dossiê sobre “alimentação, corpo e saúde”, coordenado por Claude Fischler (2003), foram abordados vários aspectos do comportamento alimentar de seis países (Estados Unidos e cinco países europeus). Os franceses se destacaram no grupo por dar importância absolutamente central ao aspecto coletivo, convivial, de comunhão da alimentação. Para eles, a boa alimentação é aquela que se faz entre amigos, com a família, que se divide. Reforçam, assim, o papel social da alimentação.

## **B. Local das Refeições**

Praticamente todos os entrevistados apontaram a cozinha como o local das refeições em casa.

*Na cozinha, como nós somos em quatro, tem uma mesinha. A gente cabe ali (Lorena).*

*Geralmente é na cozinha, eu gosto muito de sentar e comer sentado (André).*

Observamos que um dos grandes determinantes na escolha do local da refeição é a presença da televisão no ambiente. Normalmente, no horário da noite, a companhia da TV é indispensável nas famílias, como podemos observar em algumas falas:

*Sempre foi arrumada a mesa bem direitinho, tudo bem servido, a gente vira a televisão para o meu filho olhar, mas é sempre na mesa. Eu não admito essa coisa de comer com o prato no colo sentado no sofá (Marina).*

*O meu marido, quando ele está em casa à gente até come junto, só que ele tem mania de comer na frente da TV [...] (Mari).*

*Geralmente na frente da TV, porque minha filha vai vendo desenho, né. Então sento ali com ela. Eu vou ajudando ela a comer e já vou comendo (Laura).*

*O café da manhã e o almoço, geralmente, são na cozinha. À tarde, geralmente, eu tomo meu nescau sentado na sala olhando TV, e à noite quase sempre é na frente da TV (Caio).*

Comer com a mesa posta e em família é um costume ainda marcante no grupo, embora a maioria só consiga viabilizar essa prática à noite e nos finais de semana. Segundo Garcia (1999), de maneira geral, o lugar de destaque ocupado pela televisão no cotidiano doméstico vem transferindo a reunião familiar para o entorno televisivo.

O deslocamento das refeições para ambientes com televisão e adequação dos horários das refeições ajustados a determinados programas televisivos levam a um abreviamento do ritual alimentar, o que marca um outro ritmo para a comida. Para Bourdieu (apud GARCIA, 1999), essa forma de comer simultânea à realização de outras atividades dilui a concentração no ato alimentar, tendo sido associada ao consumo calórico excessivo.

Um estudo recente no Brasil mostrou que os jovens passam em torno de cinco horas por dia diante da TV (ALMEIDA et al., 2002). Esse tempo pode estar associado ao crescente

número de obesos nessa faixa etária, uma vez que a cada hora diante da TV pode aumentar em 2% a prevalência de obesidade (DIETZ, 1985).

Segundo Almenida et al. (2002), a TV concorre sob dois aspectos para alterar o comportamento. Por um lado, estimulando o sedentarismo, levando à redução da atividade física. Por outro lado, estimulando o consumo de alimentos veiculados pela mídia. Seu estudo observou que cerca de 60% dos produtos veiculados pela mídia estavam na categoria gorduras, óleos e açúcar, ou seja, produtos de alta densidade calórica.

Assistir à TV é um comportamento comum a indivíduos de todas as idades por ser provavelmente uma das únicas formas de lazer da maioria da população brasileira. Assim, o comportamento sedentário de assistir à TV associado à qualidade dos alimentos anunciados indicam um risco potencial à saúde pública.

### ***C. Quem Prepara as Refeições***

Na categoria “Quem prepara as refeições” observamos que, na maioria das vezes, elas são elaboradas pelas próprias trabalhadoras, exceto quando ainda moram com a família, ficando, então, esta responsabilidade a encargo da mãe.

*Só eu. Às vezes, quando ele (marido) vê que eu não posso, ou vou chegar muito atrasada, aí ele prepara (Graziela).*

Existe ainda grande preocupação das mães e mulheres em satisfazer os desejos do marido e dos filhos, como podemos perceber na fala de *Mari*:

*Eu cozinho para satisfazer a vontade deles e não para me satisfazer. Às vezes, me dou ao luxo de fazer alguma coisa que eu gosto. Sabe, é que o tempo da gente é tão escasso, né, pra ficar assim [...].*

Para a maioria dos TE homens casados, a responsabilidade do preparo da alimentação é da mulher. A exemplo, a fala de *Bruno* e *Francisco*, respectivamente.

*É ela que cozinha, trabalha em casa, ela é do lar.*

*Quem cozinha é a minha esposa, pelo menos é o que ela diz.*

Um estudo dirigido por Marcon et al. (1997) com 151 mulheres servidoras públicas constatou que pelo menos 30% das atividades domésticas são realizadas exclusivamente pelas mulheres. Entre as tarefas que os homens mais participam estão as compras mensais de supermercado.

Houve alguns relatos de parceria na divisão da tarefa de cozinhar, às vezes com os filhos ou com o marido. Vislumbramos uma pequena conquista dessas mulheres, pelo fato de conseguirem dividir uma tarefa que socialmente é de responsabilidade exclusivamente feminina. Alguns relatos demonstram mais claramente essa situação:

*Geralmente eu ou o meu marido que cozinha [...] antes quando eu morava em casa, eu já trabalhava fora, então era a minha mãe. Agora eu e o meu marido dividimos, a gente divide (Olivia).*

*Durante a semana o almoço é o meu marido e quando estou em casa de folga e de noite eu faço o lanche (Maria).*

*Eu e meus filhos mais velhos. Antes a gente tinha empregada, daí eu me separei [...] (Heloísa).*

*É eu e o meu marido, porque tem que deixar comida pronta para os meus guris, que eles chegam ao meio-dia. Aí eles só pegam e esquentam e comem. É ele (marido) que faz mais (Denise).*

Além da parceria, tivemos relato daqueles que realmente tercerizaram essa atividade, como foi o caso de Zeca e Angélica, passando a comprar a alimentação pronta na forma de marmitas ou congelados.

*Antes da gente começar a pegar marmita, era eu. Aí, como a gente tem uma vida muito corrida, duas pequenas, aí a gente partiu para pegar marmita.*

*Eu uso tudo aquilo que não precisa fazer, preparações prontas, lasanha, pizza, naggets, mas o arroz e o feijão sempre têm que ter por causa do meu filho.*

Embora a compra de produtos prontos, pré-elaborados e congelados, possa facilitar as rotinas domésticas, não é uma prática muito utilizada por esse segmento, possivelmente pelo preço elevado em relação aos alimentos básicos, de primeira necessidade.

Um trabalho em 36 domicílios com população de características socioeconômicas semelhantes ao do grupo por nós pesquisado evidenciou que o preço foi um fator limitante no

uso de produtos elaborados, além de aspectos relacionados à pouca apreciação deles, ou até mesmo à falta de hábito (GARAVELLO, 2000).

A alimentação é uma atividade originária do universo doméstico, permeada de significados, que estabelecem de forma marcante o convívio familiar e social. Está vinculada à figura da mãe e da mulher e, portanto, atrelada a uma referência afetiva (GARCIA, 1997).

Os modelos de estruturação familiares tradicionais, que no Brasil ainda são culturalmente aceitos, possivelmente estejam contribuindo na manutenção da responsabilidade nos afazeres domésticos.

Hoje mesmo a mulher que trabalha fora de casa não se furta da tarefa e da responsabilidade de ser a principal provedora da alimentação da família, com atividades que vão desde a definição do cardápio, incluindo a responsabilidade de adequar os recursos financeiros às necessidades de alimentos, à realização das compras e preparação das refeições. (GRÁCIA-ARNAIZ *apud* GARCIA, 1999).

Certamente esse acúmulo de funções tem desgastado as mulheres trabalhadoras.

#### ***D. Alimentação Saudável***

Durante as falas emergiu uma diversidade de definições para conceituar o que era uma alimentação saudável. A maioria atrelou seus conceitos a determinadas condutas, enquanto normalmente faziam uma associação com o consumo ou abstenção de determinados alimentos. Os temas predominantes que surgiram foram: alimentação saudável é comer balanceado; alimentação saudável é ter horários; alimentação saudável é comer/não comer carne vermelha; alimentação saudável é comer carne magra; alimentação saudável é comer muita fruta e verdura; alimentação saudável é não comer bobagem; alimentação saudável é comer feijão, arroz e carne; alimentação saudável é comer por prazer.

Num estudo semelhante, realizado por Falk et al. (2001) nos Estados Unidos, para conceituar alimentação saudável, com 79 indivíduos entrevistados, emergiram sete temas: comer adequado; pouca gordura; controlar o peso; nutricionalmente balanceada; natural; adequada às condições de saúde; e para evitar doenças. O autor concluiu que tanto as experiências pessoais como as fontes de informação formais ou informais exerceram influência no desenvolvimento do conceito.

A forma como os TE abordaram esse tema, conflitando muitas vezes entre o que consideram e o que praticam, pode ser observado nos relatos abaixo:

*Ah, eu acho que seria assim comer bastante fruta, verduras e não comer bobagem como bolacha, chocolate [...] (Laura).*

*Para mim é uma alimentação no horário certo, na quantidade certa e de qualidade (Lorena).*

*Olha! Saudável que me satisfaça, que eu vejo as pessoas por aí passando necessidade e eu não passo fome (André).*

*É comer a comida que eu como, e não sentir fome, nem me sentir estufada (Suzana).*

*Muita fruta, verduras, legumes, carne branca, muito líquido, sem gordura (Angélica).*

*Arroz, feijão e uma carne (Francisco).*

*Acho que no almoço deveria ter arroz, feijão, galinha, peixe ou carne. Uma das três carnes e bastante salada (Vitória).*

*É a tal coisa, é a salada, uma carne magra [...]. Pra mim a carne tem que ser gorda e com osso, carne com osso é mais saborosa (Maria).*

De uma forma mais abrangente juntando os conceitos aqui elaborados nos aproximamos do conceito proposto por Philippi (2000, p. 44):

É uma alimentação planejada, de procedência conhecida, preparados de forma a preservar o valor nutritivo e os aspectos sensoriais. Os alimentos devem ser qualitativamente adequados ao hábito alimentar, consumidos em refeições, ambientes calmos, visando à satisfação das necessidades nutricionais, emocionais e sociais, para promoção da vida saudável.

Em um estudo com mulheres desnutridas e obesas, Tonial (2001) constatou que, embora apresentassem distúrbios nutricionais, elas conheciam os princípios básicos da alimentação saudável, tais como fazer pelo menos três refeições diárias, incluindo nelas frutas e vegetais, e valorizar o consumo de arroz, das carnes, peixe, ovos e leite.

É inquestionável a influência que a mídia exerce sobre as pessoas, impondo, inclusive padrões ideais de comportamento humano. Em duas falas o modelo de referência adotado para conceituar uma alimentação saudável foi aquele observado nos programas de televisão, especialmente nas novelas que retratam o cotidiano das pessoas de forma geralmente lapidada.

*Ah, eu considero uma refeição ótima aquela de novela. De manhã, aquele suco, com frutas, com cereal. Eu considero que se alimentar bem é você comer pequenas porções, mais vezes ao dia, não se entupir de comida numa vez só (como a gente faz porque não tem tempo, né). Comer bastante verdura, bastante peixe (que a gente não come), evitar mais a carne vermelha (que é a que a gente mais come). À tarde, um lanche. Se for jantar à noite, comer uma comida leve, uma sopa, um grelhado, de vez em quando uma fritura, lá em casa a gente come muita fritura [...] (Marina).*

*É aquilo que passa na televisão [...] seria a coisa balanceada [...] (Olívia).*

A imposição da imagem sobre determinada mercadoria embute atributos relacionados a uma fantasia (GARCIA, 1999). Um produto alimentício ou mesmo uma situação proposta nas cenas de novelas vinculam um estilo de vida, uma condição social desejável, saúde, sucesso, etc. Imitar o procedimento proporciona ao consumidor o prazer de vivenciar aquilo que a situação representa.

#### ***E. Como Considera sua Alimentação***

Na categoria “Como considera sua alimentação”, aproximadamente a metade dos entrevistados considera boa, mas tem que mudar alguma coisa. As falas de *Denise*, *Aparecida* e *Luíza* são bastante categóricas em relação à avaliação positiva da sua dieta.

*Eu acho a minha alimentação muito boa, tanto a minha, como a dos meus filhos. Eu procuro orientar eles a comer sempre o essencial.*

*Considero boa, como bem.*

*Há, eu gosto muito de comer salada, frutas. Eu acho que a minha alimentação é boa assim.*

Entre os que consideram que teriam de mudar alguma coisa, normalmente existe uma intenção de aumentar o consumo de vegetais e diminuir o consumo de “bobagens”.

*Eu acho que seria assim: não comer tanta bobagem e teria que comer mais verduras e bastante fruta. [...] eu sinto câimbra, aí sei que é porque não estou comendo muita banana (Laura).*

*[...] eu me alimento do que eu gosto, mas não é uma alimentação balanceada, poderia ser melhor [...] existe um pouco de gula nisso tudo [...] (Pedro).*



*Falta, até porque eu fiz contagem de colesterol, e deu 248, daí sei que como chocolate, nata, manteiga, carne [...]. Eu sei que tenho que cortar alguns itens e adicionar outros, mas o hábito alimentar é difícil de mudar, e a vontade vem do hábito que foi construído (Heloísa).*

Existem aqueles que consideram sua alimentação ruim, acham que a alimentação atual não está adequada à sua necessidade de saúde.

*A minha alimentação ultimamente está péssima [...] Pelo meu gosto, eu teria que cozinhar separado para mim, aí eu acabo comendo o que os outros gostam, eu deveria me preocupar mais com o meu problema de saúde [hipertensão e obesidade] (Mari).*

*Tem dia que eu acabo de comer e digo assim: puxa, como eu comi errado hoje [...] Pra mim existe uma grande diferença entre comer e se alimentar [...] Tu acaba no dia-a-dia comendo e se alimentando de vez em quando (Olívia).*

Há ainda aqueles que, embora reconheçam hábitos alimentares inadequados, os atribuem ao modelo familiar vivenciado e não sentem vontade de mudar, como podemos perceber nas falas de *Bruno* e *Maria*, respectivamente.

*Sei que estou comendo errado. A nutricionista já me orientou, mas eu continuo na minha porque eu me sinto bem. Pra mim ela está adequada, eu me sinto bem eu me habituei com aquilo ali.*

*Na minha casa não é como o padrão de hoje em dia, mas é como eu fui criada, comendo arroz, feijão e carne. Eu sei que não é o ideal, que a gente deve mudar, comer menos amido, mais verdura [...] Sei que não é adequada, mas é o suficiente, é o jeito que eu fui criada e é o jeito que me satisfaz [...] Se eu não comer assim eu fico com fome.*

Pelos relatos anteriores, percebemos que, embora a maioria dos entrevistados conheça as normas ditadas para uma alimentação saudável, aspectos subjetivos estão envolvidos no comportamento alimentar. Ornellas (2000) diz que o hábito alimentar é uma parte inseparável da forma de vida. As recomendações científicas não são suficientes para determinar um comportamento ou mudá-lo. Os fatores psicológicos exercem forte motivação em relação às mudanças comportamentais das pessoas.

## ***F. O Que Considera na Compra dos Alimentos***

Nesta categoria foram considerados de igual importância no momento da compra dos alimentos os aspectos relacionados ao sabor e prazer de comer determinados alimentos e o preço pago por eles. Outra questão bastante valorizada foi a qualidade, geralmente associada à marca do produto. Surgiram ainda relatos dando importância ao valor nutricional dos alimentos, pressão familiar na compra de determinados produtos (aspecto bastante exercido pelas crianças) e praticidade.

Alguns depoimentos valorizaram o prazer como um item decisivo na compra dos alimentos:

*[...] quando eu gosto, eu não quero nem sabe. Se eu gosto, eu compro mesmo, eu como. Se é uma coisa que eu gosto de comer, eu não vejo o preço. Não que eu desperdice [...] mas como dizia meu pai, eu quero é comer bem, né (Aparecida).*

*Geralmente, pelo gosto. Eu já não como muito, se eu comprar o que eu não gosto então, né [...] Vou mais pelo gosto mesmo (Laura).*

*Se eu estou com vontade de comer, se eu olhar aquilo ali, eu quero comer aquilo ali, pego e boto no carrinho, não vou olhar o preço, se eu tiver com vontade [...] (André).*

Embora o gosto permeie a maioria das falas, o preço dos produtos funciona, de certa forma, delineando o consumo, ou definindo um perfil de consumo dentro das possibilidades financeiras. O componente socioeconômico exerce um impacto na escolha, como podemos observar nas falas abaixo:

*Acho que basicamente passa pela questão do gosto. Eu não vou comprar uma coisa que eu não goste de comer ou que eu não esteja habituado a comer [...] mas vai muito em conta a relação com o preço (Francisco).*

*Levo em consideração gostar e qualidade, mas hoje em dia eu estou mais é no preço (Graziela).*

*Infelizmente hoje em dia é o preço, né (Marina).*

*Eu vou em busca do preço acessível, e a partir dali eu tento consumir a qualidade do produto, as exigências dos meus filhos, tento conciliar tudo (Jaqueline).*

Para alguns entrevistados, a qualidade do produto é um aspecto fundamental como observamos na fala de *Margarida*, porém percebemos que o preço ainda funciona como um determinante no consumo.

*Qualidade, sempre qualidade, lógico que a gente considera também o preço, mas tem que ter qualidade.*

O inverso também é verdadeiro, pois há grande preocupação em buscar um preço, preservando a qualidade. Alguns depoimentos mostram essa preocupação:

*Levo em consideração o preço, às vezes ela [a esposa] põe no carrinho três pacotes de café. Se tem um em promoção, ela leva pra experimentar. Então, se é bom, na outra vez ela leva todos dessa marca, se estiver mais barata. O preço é um aspecto importante, mas o gosto também é importante. Às vezes ela diz: está mais barato, mas não presta (Bruno).*

*[...] a gente sempre vai pelas marcas que a gente conhece, e pelo preço, claro [...]* (Zeca).

As escolhas alimentares devem ser vistas necessariamente por diferentes óticas. Para Bordieu (1988), as escolhas alimentares passam por estratégias de discernimento social a partir de determinado patamar de renda. Seria, conforme o autor, transpor o nível da escolha do “gosto da necessidade” para o gosto do “luxo”. Dessa forma, pessoas com disponibilidade de renda suficiente teriam maior liberdade de escolha ajustada ao gosto.

Assis e Nahas (1999) argumentam que a seleção dos alimentos faz parte de um sistema comportamental complexo. Salientam vários fatores que corroboram essas escolhas, como o preço, o valor do prestígio do alimento, religião, geografia, pares e influências sociais, habilidades para o preparo, disponibilidade de tempo e conveniência, e também preferências e intolerância. Destacam, ainda, as qualidades sensoriais como fortes determinantes do comportamento alimentar.

Para Aguirre (2000, p. 13), as escolhas alimentares também são fortemente determinadas pelas condições econômicas:

Os pobres não comem o que querem, nem o que sabem e sim o que podem. As restrições ao acesso aos alimentos determinam fenômenos simultâneos que são face de uma mesma moeda: os pobres estão desnutridos porque não tem o suficiente para se alimentar e são obesos porque se alimentam mal, com um desequilíbrio energético importante.

Garcia (1999, p. 240), apesar de reconhecer em seu estudo que a renda afeta o consumo, não a coloca como único determinante. “Aquilo que se consome dentro dos limites impostos pelo orçamento familiar certamente se aprecia [...] ocorre um ajustamento do gosto às necessidades”. Não é focado nessa afirmação o miserável, que não tem acesso ao alimento, mas sim, aqueles que, embora com restrições financeiras, conseguem adquiri-lo.

Em um estudo da União Européia sobre fatores que determinam as escolhas alimentares, a qualidade dos alimentos aparece como o fator principal, mencionada por 75% dos entrevistados, seguida do preço dos alimentos (43%) e do sabor (38%) (LENNERMAS, 1997).

Dada a condição socioeconômica dos trabalhadores aqui investigados, percebemos que, embora valorizem o gosto e a qualidade dos alimentos, o preço é um condicionamento na compra, em função do orçamento familiar. Segundo os padrões europeus, onde a faixa de renda permite um leque de opções de apreciação mais amplo e flexível, ainda assim o preço dos alimentos exerce forte influência.

### ***G. Hábito de Beliscar***

Aproximadamente a metade dos entrevistados referiu o hábito de beliscar nos intervalos das refeições. Entre os alimentos mais procurados nesses “pequenos lanchinhos” normalmente se encontram aqueles de alta densidade calórica, como balas, chocolates, pães, bolachas, bolos, salgadinhos e frutas. Ainda foi referido o consumo de café com leite ou sucos, normalmente adoçados com açúcar.

*Belisco bastante. Uma bolachinha recheada, um bolo, uma balinha, às vezes uma fruta. Mas geralmente é um doce (Cote).*

*Sempre que eu passo pela mesa eu pego uma fruta. Lá uma vez ou outra, uma pipoquinha à noite, um chocolatinho vai bem (Lorena).*

*Depois do almoço eu continuo assaltando a geladeira periodicamente. Ou uma fruta ou uma coisa eu estou sempre beliscando. A entrada dentro de casa é pela geladeira. E se eu passo da sala para a cozinha, eu não posso passar sem abrir a geladeira (Francisco).*

*Olha, existe beliscos, às vezes a gente vai num salgadinho, vai no chocolate, vai [...] ou faz pipoca, às vezes acho que é tudo por causa, de repente, da televisão. Se não fosse a televisão (Pedro).*

*Mais é fruta. Lá em casa a gente tem o hábito de beliscar fruta. Todo mundo tem esse hábito, e não é uma só, é mais fruta (Margarida).*

Em relação ao consumo alimentar, os relatos dos entrevistados dificilmente fazem menção aos petiscos. Só quando são inquiridos a esse respeito. O ato de beliscar é uma atitude pouco aprovada pelo grupo, normalmente relatada entre risos. Constatamos, entretanto, que, apesar da reprovação, comer guloseimas “fora de hora” está associado a prazer, sendo normalmente realizado em momentos de lazer e descontração, e na companhia de alguém.

A memória seletiva dos indivíduos parece suprimir dos registros alimentares os alimentos consumidos fora das refeições regulares. Talvez esse fenômeno ocorra em função da pouca concentração no momento desse ato alimentar, normalmente realizado entre outras atividades. Outro aspecto a considerar seria uma tentativa de negar a atitude.

O problema da alimentação fora das refeições formais é um fenômeno mundial. De acordo com Poulain et al. (1997), aproximadamente 40% da ingestão calórica dos franceses é proveniente de pequenos lanches e petiscos. O mesmo percentual foi encontrado pelo estudo multicêntrico sobre consumo alimentar em várias capitais brasileiras (SILVA, 1998).

Possivelmente, no grupo de indivíduos aqui estudados a prática de beliscar possa contribuir nas alterações ponderais. Observamos que, entre aqueles que disseram ter o hábito de beliscar, mais da metade apresentou sobrepeso ou obesidade. Todos os indivíduos obesos encontrados neste estudo afirmaram adotar essa prática quando estão em casa. Existem pesquisas atribuindo ao ato de beliscar entre as refeições parte da responsabilidade pelas alterações ponderais (BELISLLE; SPECTER, 2000).

A fruta é bastante utilizada como petisco em casa. Talvez por ser um alimento considerado “saudável”, não ocorram limitações em relação ao seu consumo.

#### ***H. O Que Comem***

Nessa categoria, que procura fazer uma breve descrição dos itens alimentares que fazem parte da refeição habitual dos TE entrevistados, o número de eventos alimentares variou entre três e seis vezes. Aproximadamente a metade deles realiza quatro refeições.

A literatura recomenda que devemos realizar entre três e seis refeições diárias, o que foi constatado ocorrer em nosso estudo. Preconizam esse número de refeições para que possamos manter um intervalo entre elas, em torno de 3 a 4 horas, considerado ideal (DUTRA DE OLIVEIRA et al., 1998).

De acordo com Ferreira (1983), pequenas refeições equilibradas e freqüentes favorecem o bom estado nutricional, o vigor físico, a capacidade para o trabalho e a longevidade.

A maioria dos entrevistados realiza em casa quatro refeições, geralmente com os alimentos ou grupos alimentares relacionados no quadro a seguir.

Café da manhã	Almoço	Café da tarde	Jantar
Café/café com leite Açúcar Pão/bolacha Margarina/doce/queijo/ Frios	Arroz Carne Vegetais Feijão Frutas	Café/café com leite Açúcar/adoçante Pão/bolacha Margarina/doce/ queijo/mortadela	A maioria faz um lanche mais reforçado: Pizza, hambúrguer, cachorro-quente ou sobras do almoço

Quadro 7: Descrição dos alimentos ou grupo de alimentos consumidos usualmente pelos técnicos de enfermagem em casa

Foi nosso objetivo, ao perguntar o que comem, traçar um perfil dos alimentos que compõem normalmente o dia alimentar dos trabalhadores, buscando traçar posteriormente um paralelo com a rotina no trabalho. Certamente, o dia alimentar não permite quantificar, porém possibilita inferir, a partir dos grupos alimentares, a adequação de nutrientes.

Buscamos abordar o dia alimentar habitual da forma mais informal possível, tentando obter o máximo de fidelidade dos dados. Normalmente, as pessoas, ao relatarem sua alimentação, tendem a lembrar dos alimentos mais aceitos socialmente, enfocar o consumo desejável e, ainda, subnotificar ou supernotificar as quantidades ingeridas de acordo com a conveniência.

Poulain e Proença (2003) ressaltam outro aspecto importante, que diz respeito à fidelidade da percepção dos indivíduos em relação ao que eles comem. Uma pessoa pode dizer o que ela pensa que come, sem necessariamente corresponder ao que ela come de fato.

Segundo Garcia (1999), condições precárias de vida podem levar os entrevistados a superestimar a alimentação consumida, para mascarar a dimensão de sua condição social. A condição socioeconômica da população pode ser vista como uma possível fonte de viés na fidelidade dos dados obtidos.

Além das questões abordadas anteriormente, levantamos ainda outra possibilidade de interferência na situação aqui estudada: a falta de memória em relação ao que comem nos dias de folga, uma vez que é uma situação eventual para a maioria, que acumula outros empregos.

Buscamos apresentar os alimentos ou grupos alimentares mais consumidos de acordo com as refeições para facilitar a discussão.

O café da manhã é um hábito bastante arraigado entre os TE, não sendo realizado apenas por três dos entrevistados. O café é consumido pela maioria, estando associado ao leite pela metade deles. Seu consumo não se restringe apenas à refeição. Normalmente ocorre durante o dia inteiro. O açúcar é a principal forma de adoçar o café, porém 18 deles referiram utilizar adoçantes, com a finalidade de controlar o peso.

O leite, muito referido no consumo, resguarda a imagem de alimento essencial para a manutenção da saúde. Alguns utilizam esse alimento “fora de hora”, como um petisco, normalmente antes de dormir.

O tipo de pão mais utilizado é o pão de trigo, também chamado de pão francês, de 50 gramas, seguido por bolachas de água e sal. O produto mais utilizado no pão é a margarina, sendo na maioria das vezes complementada com um outro produto. O queijo foi o acompanhamento mais citado, seguido por mortadela e doces.

O repertório alimentar habitual da maioria no café da manhã é o seguinte: café preto ou com leite e açúcar, pão de trigo ou bolacha de água e sal, margarina e mais algum item, como doces, queijo ou algum frio.

*[...] eu tomo café com leite, com açúcar, pão com margarina e um docinho, às vezes quando tem, depende da fome, e bolacha doce e salgada (Cátia).*

*Café com leite. Adoço com açúcar. Ai tem dias que eu como pão, tem dias que eu como, bolacha. Geralmente é pão. Se é pãozinho, eu como um. Ai eu gosto de melado com nata, ou às vezes só um queijinho branco [...]* (Lorena).

*Café com leite, açúcar, pão com margarina, mais alguma coisa, sempre um salgado, queijo mortadela [...]* (Jaqueline).

*Café com leite e açúcar, pão de trigo [...] eu gosto sempre de comer um salgado no pão. Às vezes eu boto assim um presuntinho, uma lingüiça, se tem sobra de um churrasco [...]* (Denise).

*[...] só tomo café preto. Sei que faz mal. Também como pão com margarina (André).*

A maioria utiliza no pão de trigo, além de margarina, normalmente um queijo ou um frio. As frutas não estão presentes nessa refeição, embora a maioria refira comê-las mais tarde, no meio da manhã. Esse é o café da manhã típico dos brasileiros, conforme descreve Garcia (1999) em seu estudo.

Em relação ao almoço, a mistura de feijão com arroz tem lugar garantido ainda para a maioria. O arroz foi o alimento mais citado pelos entrevistados. O feijão também teve destaque, sendo apreciado pela imensa maioria.

Silva et al. (2000) ressaltam que em Santa Catarina, assim como em todo o país, come-se arroz com feijão quase todos os dias. Aqui no estado muitos adicionam também na mistura a farinha de mandioca.

Em sua pesquisa com adolescentes, Gambardella et al. (1999) observaram que a mistura arroz e feijão foi apontada por 83% dos estudantes no seu almoço diário, mostrando que é um hábito preservado pelos jovens.

A carne é considerada como um item fundamental no cardápio diário, determinando, inclusive, as outras preparações que serão realizados para acompanhá-la. Os tipos de carne mais consumidos foram a carne de gado e o frango. Embora os entrevistados morem numa região litorânea e o peixe tenha sido exaltado como alimento saudável, este é pouco consumido. Possivelmente as razões estejam associadas com a dificuldade para adquirir o peixe fresco, condição valorizada para seu consumo, o que é difícil na rotina dos entrevistados. Outro aspecto a considerar é a procedência de muitos TE. Existe um grande número deles que é proveniente do interior do estado ou ainda de outros estados, onde o consumo de peixe não é usual.

Os vegetais aparecem nas falas de alguns como indispensáveis. Outros, apesar de considerarem importantes, não os consomem no seu dia-a-dia. A preparação dos vegetais, embora seja normalmente bem mais simples que outras preparações, é colocada como um obstáculo para o seu consumo. Normalmente são realizadas preparações refogadas e cozidas. A salada parece oferecer mais resistência ao preparo.

Já as frutas são consumidas pela maioria como sobremesa. Optam normalmente pelas frutas da época ou, como relatam alguns, pelas mais práticas de comer, como banana, laranja e uva.

Podemos observar nas falas que o almoço é uma refeição ainda estruturada na maioria dos lares. Alguns buscam incorporar alimentos pré-elaborados para facilitar no preparo.



Mostram ainda preocupação em satisfazer o paladar da família e em preservar no cardápio alimentos considerados importantes para a saúde dos filhos.

*Feijão e arroz é um hábito, adoro um bifezinho [...] verdura é eventual (João).*

*[...] como feijão. Eu não era adepta. Aí comecei a fazer e gostei, o arroz, a carne é imprescindível, verduras, saladas muitas saladas [...] (Graziela).*

*Arroz tem que ter na minha mesa, carne também. Não gosto de comer salada. Feijão eu como mas não é como o arroz que tem que ter todo dia [...] salada mais verde e tomate, praticamente todo dia eu como (Maria).*

*Adoro salada. Carne, arroz, feijão e um tipo de carne. Ou galinha ou carne vermelha, peixe é difícil de comprar (Cátia).*

*Procuro sempre ter arroz, feijão, a verdura e uma carne. A salada, de vez em quando. Nem todo dia eu como salada (Olívia).*

Angélica procura abreviar o ritual de preparo da refeição, porém resguarda alimentos indispensáveis para o filho. No entanto, abre mão de fazer preparações para atender à sua própria vontade:

*Olha, eu morro de preguiça de fazer comida. Os rapazes não comem verdura, então já nem faço, porque é só pra mim. Então, ou é uma macarronada com molho ou é um bifezinho com arroz, ou um feijãozinho que tem que ter, mas salada, tem dias que eu estou menos estressada, ainda consigo fazer, mas não é habitual. Eu uso tudo que puder ser pronto e não tenha que fazer [...] lasanha, pizza, nuggets, mas o arroz e o feijão não pode faltar por causa do meu filho.*

Notamos também no discurso de Mari que o cardápio é voltado para o gosto familiar, independentemente do seu desejo.

*O almoço é arroz, feijão, carne. Eu gosto muito de carne, salada verdura, se bem que nem sempre eu faço porque a maioria do pessoal lá em casa não gosta. Então, satisfazer o meu gosto, fazer especificamente pra mim, não. Mas sempre que possível, que eu tenho um pouco mais de tempo, eu faço, eu gosto.*

Outra tática utilizada para facilitar o preparo da refeição é a opção por pratos únicos, como acontece na casa de Heloísa.

*Geralmente eu faço pratos únicos [...] lá em casa ninguém gosta de salada, então eu uso vegetais às vezes nas preparações, para ver se eles comem alguma coisa, mas*

*sempre tem um tipo de carne na preparação. Peixe nem outros frutos do mar a gente come.*

Podemos avaliar que a maioria dos entrevistados procura fazer uma refeição equilibrada do ponto de vista nutricional. Aqueles que não consomem vegetais podem estar se expondo à falta de nutrientes reguladores e fibras, e, por outro lado, fazendo um consumo possivelmente exagerado de proteínas e lipídios.

O café da tarde ainda é realizado pela maioria. Os alimentos utilizados são bastante semelhantes aos do café da manhã, como podemos observar nos relatos. Alguns referiram comer somente frutas no lanche da tarde.

*No lanche tem café com leite, uma nata, melado, mel e geléia, um doce, uma cuca (Heloísa).*

*Geralmente semelhante ao café da manhã (Cote).*

Quando analisamos o consumo do jantar, percebemos que um pouco mais da metade já substituiu o jantar convencional pelos lanches.

*De noite, a mãe nunca faz janta, é um lanche. Às vezes faz um ovo, um cachorro-quente, mas geralmente é pão normal assim com requeijão, presunto [...] (Marília).*

*Aí depende muito, muitas vezes é só café com pão e um ovo frito, um omelete pra ter um salgado no pão, mas às vezes é um cachorro-quente, um hambúrguer (Zeca).*

Existe mais flexibilidade em relação a essa refeição, sendo bastante condicionada com aquilo que se tem no momento ou que sobrou do almoço, pela disposição de preparar a refeição, etc., como observamos na fala de Luíza.

*Aí depende. Tem dias que eu tomo café, tem dias que eu como uma salada, tem dias que eu faço uma comida, isso não tem à noite não tem uma coisa certa. Depende! Se eu estiver com fome, se eu estiver com preguiça de fazer comida.*

A presença do marido também condiciona o que comer à noite, induzindo na escolha, conforme comenta Maria:

*Quando o meu marido está de folga em casa, daí é jantar, senão eu como uma fruta, um chá com torrada.*

Por outro lado, há aqueles que preferem o jantar convencional, com preparações semelhantes às consumidas no almoço, aqui representados por menos da metade dos entrevistados:

*Lá em casa, a gente come arroz, feijão, mas tem que ser feito na hora. Eu sou assim e acostumei eles assim também, tudo na mesma base, da verdura, do arroz, as vezes do feijão, mas sempre tem que ter uma salada (Marina).*

*A noite é janta, geralmente igual às coisas que eu como no almoço [...] nos dias que eu estou em casa, aí tem feijão (Cote).*

*Geralmente é o que eu comi no almoço, é a sobra (Mércia).*

Para alguns, fazer um lanche à noite não representa comida de “verdade”, como podemos observar na fala de *Suzana*:

*Igual ao almoço, arroz, feijão, comida mesmo, o que sobrou.*

Conforme observamos em nosso estudo, Garcia (1999) também constatou que o jantar é uma refeição em que não se tem bem estabelecido o que vai se comer. Considera ser a refeição mais aberta para a incorporação de maior variedade de alimentos, podendo ser considerado um “flanco” de permeabilidade.

A autora salienta que o lanche pode apresentar uma variedade de alimentos às vezes muito maior que o jantar formal e não consiste necessariamente numa prática desestruturadora. É possível oferecer lanches bastante equilibrados. Considera, entretanto, que essa prática terá o caráter desestruturador se não houver previsibilidade e ritualização dos procedimentos peculiares a uma refeição.

A prática de lanches pode comprometer o equilíbrio nutricional quando a escolha dos alimentos para compor essa refeição são representados por produtos altamente calóricos e com pouco valor nutricional, expondo os consumidores a risco nutricional. Lanches bastante calóricos, como cachorro-quente, pizza e hambúrguer, normalmente com maionese e regados a refrigerantes, estão entre as preferências.

Andrade et al. (2000) atribuem riscos nutricionais ao consumo diário, desse tipo de alimento, uma vez que normalmente apresentam-se deficientes em vitaminas, minerais e

fibras. Propõem como forma de minimizar essas deficiências o consumo de suco de frutas e frutas no lugar dos tradicionais refrigerantes, sorvetes e tortinhas.

Outros alimentos consumidos após o jantar estão na maioria dos relatos entre os petiscos realizados em frente da TV e consistem especialmente em guloseimas e frutas.

Analisando a dieta habitual dos TE de acordo com os oito grupos de alimentos propostos por Phillip et al. (1999) em sua pirâmide alimentar, percebemos que a maioria dos técnicos apresenta todos os grupos no seu dia alimentar. Porém, quando analisamos em relação aos quatro níveis relacionados com as quantidades de alimentos presentes, fica difícil de inferir isso, uma vez que não as observamos de forma quantitativa. Possivelmente exista um consumo energético acima das necessidades para um bom número de entrevistados, se considerarmos que mais da metade apresenta alterações ponderais na forma de sobrepeso e obesidade.

A proposta de Gambardella et al. (1999) para definir práticas alimentares de adolescentes a partir de uma pesquisa qualitativa utilizou os parâmetros de adequada à dieta que apresentasse pelo menos três refeições (desjejum, almoço e janta) constituídas de alimentos fonte de nutrientes essenciais. Estabeleceu como refeição padrão os seguintes requisitos: desjejum padrão: deve conter alimentos fonte de cálcio e de energia; e almoço e jantar padrão: alimentos fonte de proteína, energia, vitaminas, minerais e fibras. A partir desses critérios, 45% dos jovens comem desjejum padrão, 76% almoço padrão e 53% jantar padrão.

Analisando sob esse enfoque, nossos entrevistados cobrem completamente o requisito “número de refeições”, e praticamente todos os entrevistados fizeram “refeições padrão” segundo critério colocado pelo autor acima citado. Dessa forma, podemos inferir que existe adequação em relação à maioria dos nutrientes considerados essenciais.

#### **3.2.4.2.3.2 Alimentando-se no trabalho**

Após traçar um perfil das práticas alimentares dos TE em casa, temos agora uma discussão do seu comportamento no trabalho, buscando fazer alguns paralelos. As subcategorias foram agrupadas conforme apresentamos no quadro 8.

Categoria: Alimentando-se no Trabalho		
* A refeição	Momento de convivência; descontração	
* Como considera sua alimentação	Inadequada	
* Dificuldades para se alimentar	Falta de opções	
* Local da refeição	Copa	
* Tempo para se alimentar	Suficiente	
* O vale-refeição	Defasado	
* Hábito de beliscar	Sim (quase todos 90%)	
* Percepção de mudanças nas práticas alimentares	Sim: relacionada à carga de trabalho e horário	
O que come		
Diurno (6 horas)	Plantão Diurno (12 horas)	Plantão Noturno (12 horas)
Café da manha/café da tarde Café com leite Açúcar Pão Margarina/doce  Almoço/Jantar Marmitas que sobram	Café da manha Café com leite Açúcar Pão Margarina  Almoço (refeitório) Arroz Carne Salada Fruta  Lanche Café com leite Açúcar Pão Margarina/nata/frios	Jantar/Lanche Café com leite em pó Açúcar Pão/bolacha Margarina/doce/frios  Ceia Café com leite Açúcar Pão Margarina/doce  Café da Manhã Café com leite Açúcar Pão Margarina

Quadro 8: Subcategorias relacionadas ao comportamento alimentar dos técnicos de enfermagem no trabalho

### ***A. A Refeição***

A refeição no trabalho representa um evento social de grande significado para os trabalhadores. Ressaltam a importância de vários aspectos em torno dessa atividade, que vai muito além do ato alimentar. A importância da companhia dos colegas está sempre presente, como observamos na fala de *Suzana*:

*É bom quando a gente vai junto, porque daí a gente senta junto, já conversa, já fofoca um pouco, já fala o que quer fazer, o que não vai fazer, é bom pelo encontro, para conversar, às vezes, até das falhas com algum paciente, alguma dúvida de algum diagnóstico, aí eu pergunto.*

Os que descem para fazer a refeição no refeitório chegam a condicionar a ida somente à companhia dos colegas, como referem *Mércia* e *Cote*, respectivamente:

*Acho que a interação com o pessoal que é gostoso. Comer sozinha, não. Imagina olhar pro outro lado, às vezes tu não conhece. Comer lá sozinha, não gosto.*

*Se for pra descer sozinha, eu não desço.*

Emergem ainda das falas o momento de descontração e partilha que representa a hora da refeição.

*Ah, acho que esse momento que todos se reúnem, conversam, ali se distrai, porque tem um momento que alguém fala uma bobagem, outro fala outra, então a gente esquece um pouco aquela tensão do trabalho, né, aquela situação de estar compenetrado em não errar né, tentar não errar, então, ali aquele momento tu consegue te desligar cinco minutinhos, imagina (Angélica).*

*Ali é gostoso assim, ó, porque é a hora que a gente consegue reunir, então é uma hora que a gente consegue relaxar, né, rir, brincar, falar abobrinha, é a hora de descontração mesmo, é a hora de confraternizar, de dividir às vezes um pedaço de pão ou uma marmitinha que sobrou, cada um pega um pouquinho [...] então pra mim é a hora da confraternização mesmo[...] (Caio).*

Percebemos que a hora da refeição representa para o grupo muito mais que uma pausa para se alimentar. Tem todo um simbolismo envolvido nesse momento que marca um comportamento social de confraternização e partilha, fato marcante no seu comportamento em casa.

Garcia (1997) aborda a necessidade que os indivíduos têm em buscar nas refeições fora de casa algum detalhe que dê mais proximidade com os padrões de casa. Longe do reduto familiar, os aspectos afetivos acompanham as representações sociais ligadas à comida, manifestando-se das mais variadas formas, como a necessidade de companhia de amigos, a escolha do local, a valorização de ambientes agradáveis e aconchegantes, a frequência de adotar um mesmo lugar, entre outros.

### ***B. Como Considera sua Alimentação***

A maioria relatou em suas falas o descontentamento em relação à sua alimentação no trabalho.

*No trabalho eu acho assim péssima a minha alimentação, até porque não tem horário, né, a gente não se alimenta corretamente até pelo tempo que a gente tem que é praticamente engolir a alimentação. Não consigo mastigar corretamente a alimentação, né, e até também pela deficiência na quantidade e na qualidade no momento em que a gente tá se alimentando. Então assim, se comparado com comer em casa, é pior ainda (Caio).*

As falas de *Jaqueline* e *Marília*, respectivamente, mencionam a quantidade insuficiente de alimentos que cabe a cada um na partilha:

*Muito precária. Eu acho péssima, pra dizer a verdade, péssima. Porque, veja, eu comi ali agora, você viu? Um copinho de comida e tô com fome. Na verdade, eu estou com fome ainda, eu estou desde as 8 horas sem comer nada [...].*

*Acho errada, porque a gente não come o que é necessário pra gente, assim pra deixar a gente saudável. No caso da tarde, eu já estava me sentindo ruim, tava tonta, porque não tinha comido direito.*

*Maria* aborda a falta de importância que a instituição dá para a alimentação do trabalhador. Ressalta a necessidade de um tempo preestabelecido para essa atividade.

*Aqui durante a semana o ideal que eles querem aqui é que a gente não coma nada. Muitas vezes que a gente está ali na senzala, já digo senzala, a gente está ali, se reúne os quatro, aí elas vêm ali (enfermeiras) dão uma olhadinha e sai. Sabe, elas não gostam, mas eu fico, a gente sabe da pressão, se a gente tivesse 15 minutos para o café, ninguém viria ali te chamar [...] às vezes elas vêm ali e dizem: ó, fulana, o teu paciente tá chamando, às vezes não é nada, elas não são capazes de atender ou trocar um soro, chamam a gente ali.*

As questões organizacionais afetam de forma marcante a alimentação. A falta de um horário fixo e a falta de direito a qualquer alimento no trabalho, salvo em dias de plantões, traz um sentimento intenso de falta de humanidade, a ponto de o trabalhador chamar a copa de senzala, como pudemos observar na fala de *Maria*.

Ainda em relação às questões organizacionais, existem alguns funcionários que, por acordo com a chefia, realizam turnos de 12 horas não formalizados na escala. Embora seja considerada pelo funcionário uma concessão da chefia, ora para acertar as necessidades do trabalhador, ora do próprio serviço, essa situação irregular lhes tira o direito à refeição, expondo o trabalhador a longas jornadas sem alimentação.

Embora o hospital ofereça apenas uma refeição em 12 horas de plantão, para o trabalhador faz uma grande diferença recebê-la, como podemos observar na fala de *Mari*:

*Nos dias de plantão e final de semana não, daí a gente come bem, né. A gente ganha almoço, mas durante a semana, para mim que passo 12 horas, porque meu problema é este, né, os outros trabalham até 1 hora e vão para casa, aí em casa podem se alimentar, agora eu fico 12 horas aqui, porque oficialmente não existe, então tem pouca opção. Se eu tivesse pelo menos um restaurante mais perto [...].*

Existem diferentes abordagens para classificar a alimentação no trabalho como inadequada, entretanto os motivos estão sempre relacionados com a falta de condições oferecidas pela instituição.

Em um estudo anterior na mesma instituição sobre a qualidade de vida no trabalho, a alimentação do trabalhador, a falta de bebedouros, refeitórios inadequados, foram apontados como aspectos negativos (MATOS, 1999). Cabe uma reflexão por parte da organização sobre o grande descontentamento dos trabalhadores em relação a essas questões, especialmente quando pensamos em humanizar as condições de trabalho.

### ***C. Dificuldades para se Alimentar***

Quando falamos das dificuldades da alimentação no trabalho, as falas são entremeadas de questões que ressaltam na percepção do trabalhador a pouca valorização da instituição em relação à sua alimentação.

É fato concreto que, a partir do fornecimento do vale-refeição, saiu da responsabilidade da instituição prover a alimentação do trabalhador. Porém, considerando a relevância que a alimentação tem na vida das pessoas e na promoção da saúde, é de se esperar que aspectos que assegurem condições de alimentação adequada façam parte das metas da administração. Garantir horários, oferecer local adequado, lutar por serviços de qualidade e fácil acesso para que o trabalhador se alimente no trabalho são alguns dos papéis que se espera de uma instituição que oferece serviço de saúde.

Percebemos, entretanto, uma situação especial em relação ao fornecimento de alimentação. Existe um acordo velado entre algumas copeiras e a equipe de enfermagem em relação aos alimentos excedentes que vão para os pacientes. A sobra de pães, café, assim como marmitas intactas por motivos diversos (saída do paciente para exames, alta, troca de



clínica, etc.) são consumidas pela equipe de enfermagem. Esta é uma situação que não tem o apoio do serviço de alimentação, causando, por vezes, conflitos entre as equipes.

A “partilha da marmita”, como denominamos aqui, é um momento de grande significado para a equipe e constitui mais do que um momento de alimentação; um momento de multiplicação do pão e de igualdade de condições, como podemos observar nesta fala:

*[...] daí vem a hora do almoço, depois que as meninas trazem o almoço dos pacientes. Então às vezes as meninas trazem aqui uma bandeja, então a gente divide, eu acho que isso ali é um momento de partilha muito grande que existe na nossa unidade, porque cinco ou seis comem da mesma marmita, tá todo mundo azul de fome, todo mundo sai pelo menos por uma hora saciado. Então eu penso assim, eu acho que é um momento de maior união e companheirismo. Todo mundo come no mesmo prato, nessa hora todo mundo é igual (Olívia).*

Porém, quando pensamos do ponto de vista nutricional, certamente essa refeição não cobre as necessidades energéticas do trabalhador, uma vez que é dividida por vários membros da equipe aquela refeição que deveria ser consumida por um único paciente. Outro aspecto a considerar é o risco de contaminação, uma vez que muitos retiram o alimento da marmita utilizando o mesmo utensílio.

Alguns abrem mão da marmita quando estão fazendo plantão de 12 horas, pois sabem que não será suficiente para saciar sua fome.

*Aí prefiro não comer, sinceramente, às vezes quando estou com muita fome ainda dou uma beliscadinha [...] porque uma dividida assim por cinco é o mesmo que não comer, comer uma colher de arroz e um pedacinho de carne, então prefiro nem comer, aí eu digo vocês podem comer, eu vou ter que fazer um lanche, comer alguma coisa (Lorena).*

Há poucas opções para se alimentar no Hospital, o que constitui um problema. Existem apenas duas lanchonetes que podem ser utilizadas. Uma fica no andar térreo e a outra externa à área do hospital. As suas localizações consistem num entrave, pois o tempo gasto no deslocamento consome praticamente todo o tempo disponível para essa atividade. Outro aspecto complicador é o fato de as duas lanchonetes serem de um mesmo dono e oferecerem as mesmas opções. Os lanches são considerados de pouca qualidade e o custo bastante elevado.

*A gente só tem o bar do Tiago, é terrível. A gente estava com esperança, quando foram abrir aquela lanchonete lá fora, que fosse outro dono, para fazer concorrência com ele.*

*O sanduíche dele não tem condições de comer [...] os salgados e os doces não são de boa qualidade, além de tudo ser caro (Mari).*

João argumenta que o principal motivo de não usar as opções que existem no Hospital é o preço:

*Pra gente fazer lanche todo dia aqui sai caro, né. Eu vou assim raramente lá embaixo, por causa do preço mesmo, porque pra fazer um lanche bom, pra ficar satisfeito, tem que gastar um bom dinheiro né, então [...].*

Ainda em relação às cantinas, os funcionários do noturno são completamente esquecidos, pois não existem opções para esse turno de trabalho.

*A noite não existe opção, até porque fecha tudo (Heloísa).*

*[...] a lanchonete só abre até sete e meia, depois fecha. Só se agente comprar antes de subir, mas a essa hora já é final do dia, nunca tem mais nada. Sempre tem só um ou dois pastéis, mas também passado (Jane).*

O grêmio, um restaurante dos funcionários, que fica no pátio do hospital, já foi um lugar utilizado pelos trabalhadores para realizar o almoço. Também traziam as refeições nas unidades quando solicitados. Em função de mudarem o sistema para refeição por peso, não oferecem mais esse serviço. Embora considerem uma alimentação de qualidade, não a utilizam pela sua localização, tempo de deslocamento e custo. Temos que considerar ainda que somente funciona para almoço de segunda a sexta-feira.

Entre aqueles que podem utilizar o refeitório, existem algumas queixas, especialmente apontadas pelo pessoal do noturno. O horário em que é servido o jantar, por exemplo, é considerado muito tarde pela maioria, e a qualidade do que é oferecido muitas vezes deixa a desejar.

*Não desço porque 22 ou 23 horas é muito tarde, dá fome, então a gente lancha na unidade aí não dá mais fome pra descer [...] e ainda a comida num dia é muito gostosa, num outro dia a carne está queimada, o feijão está queimado [...] quase não dá para comer. Eu acho que isso também faz não ter vontade de descer (Heloísa).*

Alguns funcionários colocaram, ainda, a preocupação de se ausentar da unidade para se alimentar, preferindo se cotizar para fazer um lanche na copa da unidade.

Trazer os alimentos de casa fica muito difícil, porque, às vezes, estão vindo de outro emprego ou saem muito cedo de casa, horário em que a maioria das padarias, conforme afirmam, ainda está fechada. As marmitas poderiam constituir uma opção para alguns, entretanto, além da dificuldade real em trazê-las, não são bem aceitas socialmente. Alguns trabalhadores, especialmente quando estão de plantão nos finais de semana, trazem de casa ou compram alimentos especiais, buscando provavelmente tornar o ambiente mais familiar, como percebemos no relato de *Denise*:

*A gente gosta de uma maionesezinha no domingo, a gente é do tempo antigo, né. Aí a gente comprou uma maionese, um refrigerante, e a gente arrumou a mesa ali na copa e comemos nós quatro.*

São inúmeros os problemas apontados em relação à alimentação, porém muitos deles poderiam ser contornados com intervenções que dependem exclusivamente da organização do serviço. No que se refere às questões econômicas, embora seja um problema real na vida dos trabalhadores, foge à possibilidade institucional solucioná-las.

Um estudo realizado em oito hospitais na Inglaterra para observar as barreiras para uma alimentação saudável entre as equipes de enfermagem mostrou que entre os problemas apontados está a falta de disponibilidade de alimentos, especialmente em determinados horários. A opção de alimentos variados é bastante restrita e geralmente muito calóricos. A distância das cantinas das unidades de internação é grande. Apontam ainda a supressão das pausas para alimentação em função da carga de trabalho elevada (FAUIGIER, 2001).

#### ***D. O Local das Refeições***

Em relação ao local das refeições, a copa anexa à unidade é o local predominantemente utilizado. Independentemente do turno e até mesmo da possibilidade de utilizar o refeitório, os TE afirmaram preferir fazer as refeições próximos ao posto de trabalho. Entre as questões levantadas para essa escolha, foi destacada a tranquilidade de estar próximo da unidade em caso de emergência, o tempo dispensado para o deslocamento e a possibilidade de estarem juntos.

Diante dessa contestação, fica ainda mais urgente tornar a copa um local agradável e em condições dignas para realizarem as refeições.

### ***E. Tempo para se Alimentar***

Na subcategoria relacionada ao tempo para se alimentar, a maioria afirmou existir tempo suficiente. As colocações que fizeram, no entanto, deixam claro que a pausa para alguns não é entendida como um momento de tranquilidade e descanso, muito menos de direito, parecendo às vezes uma simples reposição de energia para continuar a desempenhar a atividade, conforme observamos no relato de *Marília*:

*Ah, o tempo a gente faz, né. Tempo, na verdade, a gente não tem. Como hoje, eu parei nove horas, eu tinha banho pra dar, falei pro paciente, olho tu me aguarda cinco minutos que sou obrigada a comer alguma coisa, que chega uma hora que a gente não agüenta mais ficar muito tempo sem comer [...].*

O tempo para alimentação também está condicionado à disponibilidade ou não do serviço. Dessa forma, acontece a pausa se sobrar tempo.

*Depende do dia, tem dia que sobra tem dia que falta. De maneira geral, assim uma alimentação durante este período tu consegue fazer, é muito raro o dia que tu não consegue tirar 15 minutos para ti, ou 10 que seja (Gabi).*

*É rapidinho, a gente toma café rapidinho, come o pão e às vezes tem campainha tocando, o telefone tocando, você pára, às vezes, principalmente à tarde, nós tomando café, chega o paciente do centro cirúrgico, daí a gente tem que parar com tudo e ir lá ajudar o paciente né [...] (Rosa).*

A resignação com a falta de tempo já está tão acomodada na rotina de trabalho que a fala de *Graziela* melhor consegue definir essa submissão:

*Nós, nesse ponto, não podemos reclamar, nós é que nos apressamos, porque a gente sabe o que tem para fazer.*

Colocam sobre si total responsabilidade em ter que dar conta das atividades, sem questionar sequer por que a organização do serviço não lhes garante uma pausa de 15 minutos, que inclusive é assegurada por lei.

A pressão temporal é bastante discutida na enfermagem, por ser um aspecto gerador de sofrimento. As rotinas devem ser realizadas dentro do turno de trabalho. Todavia, o uso irregular do tempo em função dos ritmos do processo de produção e das intercorrências pode

afetar o desenvolvimento de algumas atividades (LAUTERT, 1999). Entre as atividades que na percepção do trabalhador podem ser suprimidas está a sua pausa para alimentação.

#### ***F. O Vale-Refeição***

Quatro trabalhadores emitiram opinião a respeito da falta do direito ao VR, uma vez que são contratados pela Fapeu. Certamente, para esses indivíduos a situação em relação a prover sua alimentação no trabalho é bem mais difícil.

Houve consenso dos TE em relação a essa subcategoria. Todos consideram baixo o valor pago pelo VR e a dificuldade de utilizá-lo. Emergiram das falas a mágoa pelo pouco valor recebido e a questão da incorporação do vale ao salário.

*Não cobre de jeito nenhum a minha alimentação no trabalho. Esse nosso vale está ultrapassado, faz nove anos que eu trabalho aqui, desde o início é a mesma coisa, quando eu entrei aqui dava [...] eu comprava comida no grêmio e ainda sobrava troco, mas hoje em dia, não dá mais não (Mari).*

*Ah, isso aí é até uma vergonha. Se a gente for olhar para os outros vales, a gente fica até humilhado, não cobre não, filha. Imagina, não tem condições (Graziela).*

*É suficiente porque não tem onde comprar[...] (risos) (Heloísa).*

*Para mim ainda piorou em relação à alimentação [...] quando eu entrei aqui, tinha um lanche de manhã, a gente pegava uma garrafa de café, leite e pão com margarina. Depois que veio o VR eles tiraram toda a refeição, até de quem faz 12 horas, e o pessoal que faz plantão deveria ter este direito, né? Porque tão aqui dentro, né. Como é que eles vão sair pra fazer um lanche, um almoço, com o vale-refeição, não tem como (Jane).*

*Não, eu ganho 79 reais, que agora está incorporado ao salário. Talvez até quando a gente tinha “tiket alimentação em pessoa” tu acabava fazendo refeições, depois que ele foi incorporado, tu nem sente que ele está ali [...] (Olívia).*

Os baixos salários representam a face mais visível e penosa das relações de trabalho. Comprometem a qualidade de vidas dos trabalhadores e de seus dependentes. A insatisfação com a questão salarial é compreensível e justa, uma vez que os trabalhadores públicos estão há anos sem reajustes.

O mesmo vem ocorrendo em relação aos benefícios como o VR, que não sofre reajuste pelo mesmo período. Os benefícios representam, como descrevem Anselmi et al. (1993), uma forma sutil de dominação sobre o trabalhador. Como são oferecidos separadamente dos

salários, são também denominados de “vantagens”, podendo ser retirados facilmente. Hoje, sendo pagos de forma incorporada ao salário, perderam seu significado e forma, sendo consumidos para a sobrevivência familiar.

### ***G. Hábito de Beliscar***

Em relação a essa subcategoria, observamos uma similaridade entre o comportamento em casa e no trabalho.

Como acontece em casa, também no trabalho mais da metade dos entrevistados referiu o hábito de beliscar nos intervalos das refeições, sendo o tipo de alimento mais freqüente as guloseimas. O café preto ou com leite também foi bastante relatado. Os motivos alegados diferem um pouco, sendo normalmente associados ao aspecto de dar uma paradinha no ritmo acelerado de trabalho e substituir refeições por petiscos por serem mais rápidos e práticos. Os trabalhadores noturnos enfatizaram a questão de se manter acordado.

*Aqui eu já belisco mais do que em casa, porque daí a gente fica mais tempo acordado [...] geralmente é o que tem, às vezes é uma bolacha, um bolo, um doce (Zeca).*

*Belisco, todos beliscam [...] tem dias que é recheado, hoje estava recheado (Cátia).*

*Só um cafezinho, né. Aqui eu tomo mais que em casa (Bruno).*

*Ah, o que tiver a gente vai comendo, assim [...] às vezes uma bolacha, um doce, uma broa, essas coisas assim, o que tiver, um pedaço de bolo, geralmente a gente tem refrigerante [...] (Marília).*

Quando comparamos por turnos de trabalho, observamos que os indivíduos que trabalham no período da manhã são os que menos têm o hábito de beliscar no trabalho, possivelmente, conforme reforça a literatura, por ser este o turno mais atribulado. Possivelmente é a atividade influenciando no comportamento. Também foi o grupo que menos referiu beliscar em casa. Talvez o ritmo imposto pelo trabalho acabe induzindo a um comportamento similar nesses indivíduos nas duas situações. Confirmando um mesmo padrão de comportamento, constatamos que nos outros turnos o número de “beliscadores” se manteve muito similar em casa e no trabalho.

Entre os 20 indivíduos que admitiram beliscar no trabalho, 16 apresentam o mesmo comportamento em casa, demonstrando a possível influência do trabalho na adoção desse hábito, que tem sido por muitos autores associado ao ganho de peso indesejado.

Uma pesquisa com trabalhadores na França mostrou que a prática de pequenos lanches vem crescendo, embora seja censurada pela maioria. Normalmente é realizada durante a jornada de trabalho, 56,9% contra 29,5% em casa, e de forma socializada (POULAIN, 1998).

#### ***H. Percepção de Mudanças nas Práticas Alimentares***

A maioria dos entrevistados percebeu mudanças no seu comportamento alimentar relacionadas com a atividade profissional. Entre os aspectos mais levantados estão as questões pertinentes ao horário e à carga de trabalho.

Os trabalhadores que fazem 6 horas e não tem outro vínculo empregatício percebem que o horário associado com a distância das suas moradias e o ritmo de trabalho acabam determinando algumas mudanças no seu comportamento. Alguns conseguem contornar isso, como podemos observar no relato de *João*:

*Não. É assim: quando eu estou aqui trabalhando 6 horas, eu não almoço meio-dia, eu almoço duas e meia em casa. Mas eu como a mesma coisa que eu comeria, só muda o horário.*

Já *Suzana* tentou trocar de turno em função de associar o horário de trabalho a alterações no seu comportamento alimentar:

*Ah, eu cansei de trabalhar de manhã, acordar todo dia as 5 e meia, aí eu não tomo café da manhã, eu como aqui o pão e o café com leite, quando sobra. Daí eu nunca almoço, se sobra ali aquela dieta a gente divide e vai pra casa. Só que quando a gente chega em casa, está morta de fome. Aí a gente come demais. Eu acho que foi por isso que eu engordei [...].*

A sobrecarga de trabalho representada pela tripla jornada (dois empregos e ainda o trabalho doméstico), associada aos horários de sono e vigília, influencia no comportamento alimentar, suprimindo ou substituindo refeições por lanches, como podemos observar na fala de *Angélica*, trabalhadora do noturno:

*Ah, sim, considero que a atividade profissional interfere no meu comportamento alimentar. Amanhã de manhã eu vou chegar cansada em casa, então vou fazer o meu serviço de casa, vou pensar no almoço dos dois [filhos]. Já não gosto de fazer almoço, aí lá vou eu fazer uma salada cansada [...] então eu faço uma coisa prática, dou pra eles porque amanhã à noite eu trabalho no regional. Se eu trabalhasse das 8 ao meio dia, fosse num restaurante almoçar, depois das 2 as 6 horas, aí à noite eu comeria uma*

*coisa leve, né. Eu acho que isso prejudica a minha alimentação. Eu não consigo acordar e encarar um prato de comida, aí eu tomo um cafézinho, eu raramente almoço.*

O duplo vínculo é realidade entre os trabalhadores da enfermagem e certamente dificulta o estabelecimento de uma rotina alimentar, especialmente quando o local de trabalho não oferece alimentação, como ocorre na instituição analisada.

Alguns atribuem a responsabilidade das alterações no comportamento alimentar para si mesmos, sem refletir nas razões que os levaram a adotar tais mudanças, como podemos observar no relato de *Caio*:

*Interfere, interfere, porque assim, ó, eu acredito que talvez seja por falha minha, por não me programar corretamente, porque eu trabalho em dois empregos. Quer dizer, eu passo muito tempo fora de casa [...] eu quando estou em casa procuro seguir minha rotina correta nos horários de se alimentar, quando eu tô no hospital já é mais complicado [...] eu não consigo sentar pra me alimentar sabendo que tem coisa pra fazer, então prefiro não comer [...] então às vezes eu falho porque deixo de me alimentar.*

Outra questão a salientar está relacionada às trocas de turnos eventuais para cobrir funcionários ou plantões que os TE fazem para completar a carga horária semanal. Essas mudanças exigem dos trabalhadores adaptações nos seus hábitos e rotinas de vida.

Nos dias de plantão, especialmente nos domingos, dia consagrado à convivência familiar, buscam tornar o ambiente mais doméstico, trazendo alimentos de casa, colocando toalha na mesa e comendo juntos, numa tentativa de reproduzir os seus hábitos familiares, às vezes resultando em orgias gastronômicas.

As equipes dos plantões noturnos normalmente se organizam para complementar a refeição oferecida pela instituição, trazendo alimentos como leite em pó, café e frios para colocar no pão, uma vez que muitos preferem fazer um lanche na unidade, e não a ceia oferecida pelo hospital. Outros grupos menos articulados colocam a encargo de cada um prover sua alimentação durante os plantões, ficando por vezes todo o plantão apenas com a refeição fornecida pelo serviço de nutrição.

Os trabalhadores da noite percebem os reflexos do horário de trabalho na sua alimentação, especialmente em função dos ajustes biológicos, como relata *Zeca*:



*Altera bastante, pela rotina de trabalhar à noite. No outro dia a gente fica muito sonolento ou dorme muito, não sente fome, é totalmente diferente de quando estou em casa.*

A inversão do ciclo sono/vigília, em função do trabalho noturno, provoca desajustes dos ritmos biológicos. Pode provocar distúrbios em relação ao apetite e à digestão dos alimentos, conduzindo a problemas estomacais e intestinais, assim como a distúrbios nutricionais (RUTENFRANZ et al., 1989).

Foi no noturno que observamos maior número de indivíduos com alterações ponderais. Constatamos que dos dez trabalhadores entrevistados oito apresentam sobrepeso e obesidade. Há de se considerar que também neste grupo está a maioria dos que têm outro vínculo empregatício e mais tempo na função. Sabemos que todas as variáveis aqui apontadas contribuem para o ganho de peso.

Niedhammer et al. (1996), num estudo longitudinal com enfermeiras francesas, mostraram associação entre ganho de peso e exposição ao trabalho noturno. Essa associação aumentava em função do tempo de serviço e idade das enfermeiras.

Observamos que os trabalhadores do noturno foram os que mais referiram ter o hábito de beliscar, tanto em casa como no trabalho. Estudos realizados em outros países também relataram, a exemplo dos achados no presente estudo, que os trabalhadores noturnos são os que mais apresentam esse hábito (ESTRYN-BEHAR et al., 1989; WATERHOUSE et al., 1997)

Quanto aos horários, a troca de turno também foi colocada como um problema, uma vez que a alternância de horários necessita de ajustes nas rotinas pessoais; entre elas, certamente na alimentação, como vimos no relato de *Denise*.

*Altera bastante, totalmente, imagina [...] tem dias que estou aqui à tarde, tem dias que estou aqui de manhã, aí você não tem como comer direito, ou seguir uma dieta [...] às vezes a gente troca de plantão, às vezes faço à noite, não tem como fazer, a não ser que você tenha uma empregada em casa que possa fazer tudo pra você. Se depender de mim, não consigo.*

Ainda encontramos relatos associando mudanças no comportamento alimentar em função das características da atividade, que, por ser contínua, não permite em determinados dias de grande fluxo de trabalho a realização de pausas. Muitas vezes fazem lanches correndo e de pé, alegando a necessidade de repor energia para manter a força de trabalho.

A adaptação às condições impostas pela atividade fez com que muitos trabalhadores apontassem algumas alterações ao longo dos anos, como suprimir o café da manhã, perda de paladar, beliscar, comer lanches rápidos e mastigar rápido.

Constatamos que é bastante clara para os trabalhadores entrevistados a alteração provocada pela atividade hospitalar em suas práticas alimentares.

### ***I. O Que Comem***

Inicialmente, constatamos que, sempre que é possível, os TE realizam refeições no trabalho. A responsabilidade da alimentação é do trabalhador, exceto nos plantões em feriados e finais de semana, desde que presentes na escala de trabalho da unidade.

A maioria dos TE percebe um comportamento alimentar diferenciado no trabalho. Vários aspectos foram associados a essas alterações, das quais ressaltamos os horários, trabalhos em turnos, sobrecarga de trabalho, fluxo contínuo de atividade, dupla jornada, poucas opções para compra, dificuldades financeiras, etc. Esses aspectos acabam determinando um repertório alimentar mais simplificado.

Discutiremos essa subcategoria por turnos, uma vez que o comportamento dos trabalhadores sofre diferentes influências, de acordo com o horário de trabalho.

#### **Diurno – 6 horas**

Aqueles que fazem 6 horas de trabalho costumam se alimentar com um lanche no início do turno de trabalho e no horário referente à refeição do almoço ou jantar.

No café da manhã, normalmente comem pão com margarina e/ou um doce, café com leite e açúcar. Notamos uma simplificação do cardápio quando comparamos com o hábito de casa, onde a maioria utiliza queijo ou outro frio. O hábito geralmente é alterado em função da inexistência da opção desejada. O café, já com leite e açúcar, é um exemplo. Alguns consomem em casa o café preto ou sem açúcar. Como se alimentam prioritariamente dos alimentos excedentes que vêm para os pacientes, sujeitam-se à situação, como podemos observar no relato de *Caio*:

*[...] quando é aí umas 9 horas, eu vou ali, quando tem um cafezinho, aí eu tomo um cafezinho com leite. Só que aqui já é adoçado. Eu não gosto. Eu tomo um terço do copo porque é muito doce, só pra matar a vontade do café. Às vezes eu trago uma bolachinha de casa, quando eu não trago eu como um pedacinho de pão se tiver. Se*

*não, eu fico só com o café. Quando tem, passo margarina, senão eu como seco, porque não sou muito amigo de doce no pão. Eu gosto de salgado no pão.*

Embora em casa comam normalmente uma fruta no meio da manhã, aqui ela desaparece dos intervalos, o que diminui o aporte de fibras e vitaminas. O hábito de beliscar é adotado no trabalho, porém aqui as frutas não entram nas opções:

*Na real, se tivesse fruta pra comer aqui, eu comeria. Quando tem alguma coisa, uma laranja, eu como (Luíza).*

A espera constitui uma fonte de angústia, pois muitas vezes não sobram alimentos no almoço ou jantar. É preciso considerar que, mesmo quando sobra, o número de pessoas para comer uma ou duas marmitas varia entre cinco ou seis, ficando evidente a inadequação em suprir as necessidades nutricionais dos indivíduos.

*[...] daí eu nunca almoço. Se sobra ali aquela marmita, a gente divide e vai para casa. Só que quando a gente chega em casa, lá pelas 3 horas, está morta de fome, aí a gente come demais [...]* (Suzana).

Alguns irão se utilizar da “partilha da marmita” como um petisco coletivo até chegar a casa, onde farão a refeição, seja ela almoço ou jantar. Outros, por razões diversas, irão suprimir a refeição correspondente, como é o caso daqueles que vão direto para outros empregos. Nas duas situações mencionadas, existem riscos nutricionais, porém o mais comum é induzir ao consumo exagerado de alimentos quando chegam a casa.

É menos freqüente sobrar marmita no período da tarde. Talvez este seja um dos aspectos para explicar mais beliscadores neste turno, aliado ao fluxo da atividade menos intensa.

*No final da tarde, às vezes, se sobra uma dieta, alguma coisa a gente até belisca, mas se não sobra, só vou comer à noite, umas 20 e trinta, por aí, quando chego em casa (Laura).*

Além da inadequação dietética da alimentação consumida, a questão social deve ser considerada pelo sentimento de humilhação que gera se fazer dependente das sobras. Devemos considerar que a situação é desgastante também para o serviço de nutrição, em especial as copeiras, por infringirem as regras da instituição. Recebem ordens expressas de

não deixar o excedente nas unidades. Aquelas que acatam as ordens são vistas como mesquinhas, gerando um conflito entre categorias e dificultando as relações interpessoais.

*As nutricionistas, elas são umas leões que estão defendendo aquele pãozinho, aquela marmita [...] eu sei que elas estão fazendo o trabalho delas [...] (Mari).*

Falar da alimentação no trabalho dos TE que fazem 6 horas é se reportar ao que podemos classificar de pequenos eventos alimentares, e não propriamente de refeições. Usamos essa denominação, uma vez que, além de ser incerta, a quantidade de alimentos consumidos não corresponde ao hábito domiciliar e às escolhas alimentares habituais.

### **Plantões de 12 horas diurno**

Nos plantões diurnos é habitual os funcionários utilizarem o refeitório para a realização do almoço. A maioria considera que a refeição oferecida é de boa qualidade, embora façam algumas observações em relação ao cardápio e preparações. Cada um procura se alimentar de acordo com as suas preferências, mantendo um padrão de consumo semelhante ao de casa:

*Olha querida, tem dias que ela é boa, tem dias que ela é muito salgada, seguidamente ela se apresenta salgada, então não há um controle. Eu acho que não há um cardápio adequado para ser um hospital que tem tantas nutricionistas [...] (Graziela).*

Fazem em torno de três refeições durante o plantão de 12 horas. Apenas uma refeição é oferecida pela instituição. Nos outros horários são consumidos alimentos provenientes das refeições destinadas aos pacientes e alimentos trazidos de casa para enriquecer a alimentação, prática comum nos plantões diurnos.

*Quando eu estou aqui de plantão, geralmente é final de semana[...] aí a gente toma café da manhã. Mais ou menos meio-dia a gente desce, almoça no refeitório, lá pelas 3 horas a gente toma um café, come pão [...] e se sobra janta, a gente belisca [...] (Laura).*

*Aí no dia de plantão já muda de figura. A gente se reúne, cada um procura trazer uma coisa, bolo, refrigerante, bolachinha recheada. A gente se junta ali e faz um café colonial de manhã [...] ao meio dia a gente desce para almoçar no refeitório, me sento, como calmamente, pego uma bandeja, me alimento mais corretamente, bem diferente dos outros dias (Caio).*

*A gente sempre traz alguma coisa, uma bolacha diferente, queijo, presunto [...] (Gabi).*

A alimentação desse plantão no refeitório procura reproduzir o almoço em casa, porém o feijão é menos consumido em função de o preparo não ser apreciado pela maioria. Alguns reclamam ainda em relação ao arroz, alegando que faz mal em função de ser feito no vapor, fato totalmente infundado do ponto de vista científico. Outros referem ainda se sentirem “estufados” com a comida do refeitório. Existe a possibilidades de ser mais gordurosa, situação comum em refeições coletivas, e, dessa forma, dificultar a digestão.

Costumam comer frutas na sobremesa e, quando possível, levar para comer à tarde. O almoço geralmente é uma refeição equilibrada do ponto de vista nutricional, apresentando normalmente todos os grupos de nutrientes.

*Geralmente pego arroz, feijão, um tipo de carne, tem um acompanhamento, às vezes uma salada [...] (Caio).*

*[...] só pego salada, não pego arroz, nem feijão. Pego carne e uma preparação refogada [...] (Rosa).*

Por outro lado, no café da manhã e no café da tarde, aparecem alimentos pouco habituais nos dias normais de trabalho e até mesmo em casa. A preocupação e, talvez, o prazer de fazer uma refeição farta no final de semana são uma forma de compensar o desgaste emocional de trabalhar num momento que poderiam estar com a família. Esses plantões acabam constituindo uma oferta tentadora de alimentos, ricos em carboidratos e açúcar simples. Essa oferta propicia, ainda, a possibilidade de beliscar várias vezes durante o plantão, predispondo o grupo a alterações ponderais.

O trabalho em finais de semana tem sido apontado pelos trabalhadores como uma das desvantagens da profissão. A necessidade de trabalhar quando deveriam estar com suas famílias é vista como uma situação penosa e desgastante (MATOS, 1999). Estryn-Behar et al. (2002) constataram em um estudo com trabalhadores da enfermagem na França que 36% sentem uma grande insatisfação em trabalhar em finais de semana, por interferir na sua vida privada. Em torno de 57% trabalham dois finais de semana por mês, e 13,2% alegam trabalhar mais de dois finais de semana.

### **Plantões de 12 horas noturno**

O plantão noturno apresenta um comportamento alimentar durante a sua jornada de trabalho sujeito a algumas condições organizacionais impostas pelo turno. A maioria não

utiliza o refeitório, alegando principalmente o horário inadequado em que é servido o jantar, como podemos perceber nas falas de *Margarida* e *Heloísa*:

*A alimentação ali acaba sendo ruim porque a janta deveria ser servida em torno das 8, 9 horas [...] porque a gente desce para jantar em torno das 11 horas, então já é muito tarde. Essa hora tu não comes em casa. Mesmo que tu não durmas, como tu dormes em casa, é diferente do dia, porque a essa hora o teu corpo está esperando ansioso pelo teu descanso.*

*Faço um lanche no setor, tomo um café, um pãozinho com alguma coisa a mais. Cada dia de plantão alguém traz alguma coisinha. Lá pelas nove horas, eu não desço porque 10 ou 11 horas eu acho muito tarde. Da fome e depois que faz o lanche não dá vontade de comer.*

Outro fator que não motiva a utilização do refeitório está associado à qualidade da refeição oferecida nesse turno.

*Num dia é gostoso, no outro dia tem carne queimada, feijão queimado [...] quase não dá pra comer. Eu acho que isso faz a gente não ter vontade de comer lá, não apetece.*

*Já tive experiência de ir lá jantar e lá pelas 5 horas da manhã, ter uma diarreia, no outro dia me dar dor. Então, eu tento ir o menos possível, e quando eu vou, tento comer só a carne e a salada.*

*Eu acho um pouco pesada, não acho balanceada, às vezes a gente observa uns três tipos de carboidratos (Cote).*

*Angélica*, ainda que aprecie a alimentação oferecida no refeitório, prefere não descer. Em outros momentos, a dificuldade de se ausentar da unidade também já foi ressaltada:

*Eu gosto da comida, mas eu tenho preguiça de descer, eu não gosto de descer. Às vezes eu até desço pra tomar uma sopinha, eu gosto muito de sopa.*

Notamos que a maioria dos TE que comem no refeitório opta por sopa, carne e saladas. Por outro lado, os que ficam na unidade costumam fazer um lanche, semelhante ao café da tarde em casa, com café, leite, pão com margarina e um frio dentro.

*A comida aqui do hospital é muito raro de eu comer [...] quando tá friozinho, às vezes, eu desço e tomo uma sopinha. É muito raro eu descer. É a gente traz de casa [...] é um pão com queijo e presunto, café com adoçante. De madrugada que a gente põe leite ninho, porque senão dá dor de estômago (Zeca).*

Normalmente quando recebem o salário, procuram reproduzir o lanche nos moldes de casa e mandam chamar uma pizza ou outro *fast food* e comem juntos na copa, conforme relata Jane:

*Quando a gente está a fim, às vezes a gente pede macarrão chinês, ou pizza, por exemplo. Quando a gente recebe o salário, a gente pede.*

Percebemos que pedir alimentos que utilizam em casa é algo excepcional para o pessoal do noturno. É interessante observar que os plantões diurnos são realizados por equipes diferentes, de acordo com a necessidade do serviço.

O pessoal do noturno são equipes fixas, e dessa forma conseguem se organizar mais e adotar algumas rotinas entre o grupo, de complementar o lanche, por exemplo, ou ações individuais, como vimos na fala de Bruno:

*Eu só tomo café, como você viu, com pão e café com leite. Eu não desço pra jantar. Antigamente eu descia, aí cortei. Não janto em casa, então porque vou jantar aqui. Então aqui também não janto.*

O hábito de beliscar, já comentado anteriormente, mostrou ser uma rotina no noturno. O fato de ter que se manter acordado é o aspecto mais ressaltado para justificar esse hábito. Além do pão, bolos e bolachas, o café preto ou com leite está presente em todos os relatos. É interessante que muitos não consideram o café um alimento, ignorando que normalmente está adoçado com açúcar e acompanhado de leite, podendo constituir uma fonte de calorias relevante pela frequência do consumo. Dos dez TE do noturno investigados, oito apresentavam sobrepeso ou obesidade, necessitando orientação nutricional.

*Aqui costumo beliscar, salgadinho, bolacha recheada, café [...] eu acho bem errado, eu já tentei mudar, é bem difícil, mas é pela ansiedade de se manter acordada (Cote).*

*Aqui eu belisco mais do que em casa, porque daí a gente fica mais tempo acordado [...] cafezinho, bolacha, um bolo, doce [...] (Zeca).*

Os petiscos se caracterizavam em alimentos ricos em carboidratos simples. O consumo de alimentos reguladores praticamente não esteve presente neste turno. Assis (1999), em seu estudo sobre comportamento alimentar e turnos de trabalho com coletores de lixo, observou que os trabalhadores noturnos ingeriam refeições e lanches de maior teor calórico quando comparados com outros turnos.

Embora existam dificuldades biológicas, emocionais e sociais no trabalho noturno em relação ao dispêndio energético, esse é o turno de trabalho que apresentou menor atividade física. Portanto, os hábitos alimentares adotados como uma estratégia para manter-se acordado durante o plantão noturno possivelmente contribuem para alterações ponderais desse grupo de trabalhadores. A incorporação desse padrão de comportamento está marcada quando observamos a manutenção do mesmo em casa, durante a folga.

Em relação às opções de locais para se alimentar, o fato de não existirem cantinas abertas à noite não foi colocado como problema pela maioria, uma vez que não utilizam esse tipo de serviço por razões econômicas. Preferem se cotizar ou trazer de casa alguma coisa, a descer ao refeitório ao qual têm direito em função dos problemas apontados anteriormente. Certamente, se o serviço de nutrição oferecesse uma alimentação adequada e de qualidade, em horário compatível com o hábito dos trabalhadores, ou distribuísse a alimentação nas unidades, a maioria faria uso dela.

Um estudo com enfermeiras inglesas também apontou mais problemas para se alimentar no plantão noturno, e as razões apontadas foram semelhantes às encontradas em nosso estudo. Entre as barreiras para uma alimentação saudável, destacaram falta de cantinas abertas, opções reduzidas de alimentos saudáveis, apresentação dos alimentos pouco atrativa, distância das cantinas e dificuldades para trazer alimentos de casa. A maioria prefere comer em seu posto de trabalho ou na copa próxima à unidade, mostrando ser uma angústia para esses trabalhadores se ausentar da unidade (FAUGIER, 2001).

Antes de saírem do plantão, quando têm algum alimento, ainda fazem um pequeno café da manhã. Geralmente café com leite, pão com margarina ou um doce. Dessa forma, podemos dizer que fazem em torno de três refeições durante o plantão e vários episódios de beliscar. A alimentação do noturno é predominantemente provida por recursos provenientes dos próprios trabalhadores, diferentemente dos outros plantões, que, embora não tenham direito, se beneficiam da alimentação dos pacientes.

### **3.4.3 Vendo, Ouvindo, Analisando...**

Finalizamos o diagnóstico fazendo um resgate das análises anteriormente apresentadas, buscando relacionar os dados obtidos a partir das diferentes metodologias utilizadas.



Sentimos claramente que aquilo que observamos a partir da Análise Ergonômica do Trabalho pode se confirmar na análise do conteúdo obtido a partir das entrevistas individuais. Constatamos que a vivência com a equipe e o tempo de permanência foram grandes aliados na construção da confiança, refletindo na fidedignidade dos dados.

Mas quem são esses trabalhadores? Dizem-se pessoas com um forte vínculo com a profissão, permeada de sentimentos dicotômicos entre prazer e sofrimento, necessidade e devoção. Evocam como requisitos para desempenhar a função, além da capacidade técnica, o equilíbrio emocional e o espírito de equipe.

Voltamos neste momento ao pressuposto aqui investigado: “O programa de gestão humanizado no serviço hospitalar valoriza os condicionantes relacionados às condições de trabalho, refletindo positivamente no comportamento alimentar”?

Num primeiro momento pensaríamos que a finalidade de um programa que busca humanizar as condições de trabalho identifica e corrige as disfunções apresentadas para poder implementar mudanças no comportamento das pessoas envolvidas e, paralelamente, na humanização no atendimento.

Porém, avaliando as condições de trabalho utilizando a AET constatamos que vários condicionantes observados apresentaram disfunções, que, por sua vez, podem influenciar no comportamento alimentar.

Entre os aspectos ambientais, destacamos os aspectos físicos relacionados a infraestrutura, que tornam algumas atividades desumanas. Os pequenos espaços de trabalho, a falta de material, equipamentos em número insuficiente e inadequados sobrecarregam os trabalhadores e exigem um grande esforço físico e mental. Essa situação tem sido fonte de grande insatisfação para os trabalhadores da saúde, tornando sua atividade ainda mais árdua.

As exigências físicas e gestuais impostas pela atividade e agravados por condições inadequadas para executá-las geram grande desgaste físico, que, por sua vez, também aumenta a demanda energética. Constatamos vários relatos, especialmente entre os trabalhadores do turno matutino, das dificuldades encontradas para repor a energia necessária para desempenhar a atividade.

Analisando os condicionantes organizacionais, percebemos que a jornada de trabalho de 30 horas concedida informalmente não tem sido uma realidade nas unidades de internação. Trabalham em média 36 horas por semana, porém observam que outros trabalhadores da enfermagem no próprio hospital conseguem usufruir esse benefício. Tal situação acaba gerando estresse nos TE.

Cabia à instituição, ao conceder tal vantagem, fazer um dimensionamento de pessoal. Hoje fazem horas complementares para cobrir faltas, atestados, licenças, aposentadorias, etc., sentindo o peso de trabalhar em plantões não oficiais. Essa situação reflete diretamente na alimentação, pois nesses plantões eles não têm direito à alimentação. Outra questão diz respeito à troca de horários de trabalho, o que altera sua rotina de vida e, conseqüentemente, a sua alimentação.

Muitos trabalhadores acumularam outros empregos quando ocorreu a redução da carga horária, pensando ser possível conciliá-los. Entretanto, o problema de pessoal tem se agravado cada vez mais, e o desgaste tem se refletido nas queixas e doenças que podemos observar na maioria das entrevistas. As duplas jornadas impõem alterações nas rotinas pessoais, tornando a alimentação um mero momento de reposição de energia.

As questões relacionadas com o Programa de Humanização sofrem seu primeiro impacto com o desconhecimento dos funcionários a respeito da sua implantação. Mudanças organizacionais concretas, como exige o Programa, passam por um forte movimento de divulgação e motivação. Cabe à equipe responsável pela implantação buscar junto ao trabalhador estratégias para alcançar as metas do Programa.

Entre os aspectos que dificultam a humanização das condições de trabalho, as entrevistas valorizaram as questões observadas pela AET, representadas pelas precárias condições materiais e físicas. Os aspectos organizacionais também foram apontados, especialmente os relacionados com a pouca valorização profissional, manifestada pelos baixos salários e condições inadequadas de trabalho.

A maioria dos trabalhadores não observou mudanças positivas nos últimos anos e muito menos atitudes positivas relacionadas com a alimentação do trabalhador.

Não podemos deixar de ressaltar o número de programas e benefícios que a instituição oferece para o trabalhador, porém não checamos a eficácia deles. O fato de existirem não significa a possibilidade de usufruí-los, queixa constante da maioria dos TE. Logicamente, não podemos atribuir apenas à instituição a culpa pelo não-aproveitamento dos benefícios, tendo em vista que a maioria dos trabalhadores alega falta de tempo por motivos pessoais. Entretanto, estratégias poderiam ser pensadas no sentido de realmente atingir esse público.

Quando pensamos na alimentação do trabalhador, vários aspectos emergem, desde as condições relacionadas à instituição até aquelas relacionadas com aspectos econômicos e sociais envolvidos.

Quando buscamos identificar os problemas relacionados com as condições de trabalho, acreditamos estar lutando por melhores condições de vida. O trabalhador passa pelo menos um terço do seu dia no trabalho. Mora longe, faz longos percursos de deslocamento, duplas e, às vezes, triplas jornadas, considerando o trabalho doméstico, uma vez que 80% são mulheres.

Como esquecer esse contexto e discutir apenas a atividade já desgastante que desempenham?

A alimentação tem um significado enorme na vida desses trabalhadores, tanto no contexto familiar como no trabalho. Existem vários esforços por parte do trabalhador em fazer dessa atividade um momento de convívio social e de confraternização, enriquecendo as relações e os laços de amizade e companheirismo.

Fazem sua refeição preferencialmente na copa, que é o local mais perto do seu posto de trabalho. Consideram algumas facilidades nessa escolha, como sentir-se mais seguros em caso de emergências, gastar menos tempo de deslocamento e, acima de tudo, compartilhar o momento com o grupo. Embora exista manifestação clara do trabalhador por esse espaço, as copas são pequenas e pouco equipadas, o que dificulta um lanche num ambiente agradável.

O conceito de alimentação saudável é bastante abrangente e segue vários preceitos científicos, entretanto as escolhas alimentares em casa são influenciadas por vários aspectos, como sabor dos alimentos, hábitos familiares e o poder de compra. Mesmo assim, quando observamos a alimentação no trabalho, o critério das escolhas alimentares foi basicamente movido pela disponibilidade dos alimentos.

A maioria dos trabalhadores considera sua alimentação falha no trabalho e atribui esse fato a questões organizacionais. Sobrecarga de trabalho, falta de horários fixos, qualidade da refeição oferecida, poucas opções saudáveis para realizar a refeição e pouco poder de compra foram os aspectos mais destacados. Se a instituição provesse alimentação para o trabalhador, como era feito antigamente, de alguma forma se tentaria garantir uma alimentação mais saudável.

A partilha das marmitas, embora seja considerada por alguns como refeição, constatamos também se tratar de uma beliscada coletiva. Torna-se evidente essa afirmação, uma vez que a refeição para uma pessoa é dividida entre cinco ou até seis trabalhadores. Não podemos considerar um almoço ou um jantar aquilo que é comido dentro de um copinho plástico com apenas duas ou três garfadas. O fato de sobrar pães e café com leite dos pacientes quase que diariamente demonstra uma possibilidade ainda que remota de formalizar

um lanche aos trabalhadores dessas unidades. Essa atitude certamente traria benefícios e possibilitaria mais dignidade aos trabalhadores que se utilizam desses alimentos.

Identificamos que é um hábito no grupo beliscar entre as refeições, tanto em casa como no trabalho. Alegam várias razões para justificar essa atitude, embora condenem esse comportamento. Constatamos que os trabalhadores da manhã beliscam tanto em casa como no trabalho. Por outro lado, os trabalhadores noturnos são os que mais adotam essa estratégia, tanto no trabalho como em casa. Percebemos que os contextos de vida “casa e trabalho” vão se entrelaçando, fazendo com que determinadas condutas se incorporem e se cristalizem no comportamento alimentar dos trabalhadores.

Falar de humanização das condições de trabalho passa necessariamente pela preocupação em relação ao bem-estar do trabalhador. Ao trabalhador do plantão de 12 horas é oferecida uma única refeição, se estiver formalmente escalado. Isso representa pelo menos seis horas de jejum, considerando que o trabalhador more ao lado do hospital. Como esquecer que ele irá gastar no mínimo mais duas horas em seus deslocamentos e mais algum tempo no preparo da refeição? Sabemos que um jejum prolongado é perigoso e diminui a concentração.

Após a implementação do vale-refeição, a responsabilidade com a alimentação passou a ser exclusiva do trabalhador. Buscando auxiliar de alguma forma na promoção de uma alimentação mais adequada, o Hospital poderia ter adotado a fiscalização e viabilização dos serviços de alimentação terceirizados, cobrando opções de qualidade e adequados ao poder aquisitivo do trabalhador. Como instituição de saúde, poderia fazer valer os preceitos relacionados com a prevenção e manutenção da saúde.

Sentimos uma tentativa dos trabalhadores em reproduzir no trabalho seus hábitos alimentares domésticos, porém existe o impedimento real para esse comportamento. Falta de tempo, aliado à pressa para se deslocar para outros empregos, falta de recursos financeiros para fazer uma alimentação adequada, locais que ofereçam refeições equilibradas e de baixo custo são alguns dos problemas identificados.

Notamos uma simplificação da alimentação no trabalho, com uma oferta tanto em quantidade como em qualidade inferior a consumida em casa: horários irregulares, falta de alimentos alternados com excessos, consumo exagerado de carboidratos simples e pouco consumo de frutas e verduras. Essas alterações do comportamento podem comprometer a saúde do trabalhador, predispondo-o ao ganho de peso. Evidências apontam para esse fato, uma vez que mais da metade dos TE entrevistados apresenta sobrepeso e obesidade.

Considerando que o PNHAH prevê melhoria das condições do binômio paciente/trabalhador, muito tem que ser feito no que diz respeito às condições de trabalho dos TE, para que eles possam repassar ao cliente valores humanizados. Damos aquilo que recebemos. Esses profissionais tentam, ainda que se sintam pouco valorizados na sua prática profissional, transpor as dificuldades e oferecer um trabalho de qualidade, como podemos acompanhar em nossas observações.

Concluindo nosso diagnóstico, não podemos considerar que existam iniciativas humanizadoras em relação à alimentação do trabalhador que possam refletir de forma positiva no seu comportamento alimentar. Dessa forma, o programa necessita rever várias questões em relação às condições de trabalho, buscando promover mudanças que certamente também irão refletir na saúde dos TE.

### **3.2.5 Caderno de Encargo e Recomendações Ergonômicas**

De acordo com Santos e Fialho (1997), as recomendações ergonômicas visam à transformação da realidade observada, sob a ótica do pesquisador. A partir das disfunções observadas, as recomendações buscam fazer propostas de mudanças que atinjam melhoras na realidade observada.

As recomendações aqui sugeridas foram elaboradas buscando-se garantir aos TE melhoria das condições de trabalho. Em relação à instituição hospitalar, foram propostas sugestões que reiteram o compromisso do hospital em garantir a saúde de seus trabalhadores.

#### **3.2.5.1 Questões Ambientais**

- Conserto dos ventiladores presentes nos quartos dos pacientes, tornando o ambiente mais ventilado no verão.
- Conserto das luminárias localizadas acima dos leitos, facilitando o atendimento dos pacientes à noite. Hoje, os TE são obrigados a acender a luminária do quarto acordando os outros pacientes.
- Considerando as recomendações para evitar as contaminações, trocar o sistema de acionamento da torneira da pia de lavação de mãos por um sistema de pedal ou célula fotoelétrica.

- Reforma nos banheiros dos pacientes, aumentando a largura da porta. Hoje as aberturas são inferiores a 80 cm, o que dificulta a entrada de pacientes em cadeira de rodas, os mais dependentes ou que necessitam de auxílio.
- Construção de um vestiário com sanitários e chuveiro para a equipe de enfermagem.
- Organização de um local para descanso da equipe de enfermagem, com mobiliários confortáveis e adequados para os trabalhadores do noturno.
- Reforma da copa com ampliação da área, visando a comportar toda a equipe do plantão e a tornar o ambiente agradável. É necessário também mobiliá-la de forma adequada, ou seja, com cadeiras confortáveis e geladeira em bom estado de funcionamento. Equipá-la com utensílios de cozinha em número suficiente para toda a equipe.
- Em relação aos equipamentos, é necessário verificar as necessidades do setor. O aparelho de pressão foi um dos equipamentos de uso diário que mais causou problemas de interrupções, uma vez que os TE tinham que aguardar pelo colega ou trocar de atividade por haver somente um na unidade.
- Em relação às cadeiras de rodas, foram observados problemas relacionados com o número insuficiente, uma vez que várias delas se encontram em péssimas condições de conservação, como pneus furados, falta de suporte para o soro e outros equipamentos, falta de suporte para os pés. A manutenção adequada desse equipamento evitaria grandes esforços físicos dos TE e possibilitaria ao paciente mais autonomia.
- Camas com sistema de controle eletrônico. Considerando o preço elevado desse mobiliário, a compra poderia ocorrer de maneira gradual. Entretanto, a manutenção das camas atuais se faz necessária, uma vez que o sistema de manivelas exige muito esforço dos TE. Hoje a maioria se encontra em precárias condições de uso.
- Compra de suporte para o soro com rodízios, promovendo, assim, o deslocamento do paciente em atenção às recomendações pós-operatórias. Hoje, em função do peso de aproximadamente 4 kg dos suportes existentes e de muitos deles não apresentarem rodízios, torna-se impossível liberar o paciente do leito.
- Compra de bacias de inox para o banho dos pacientes. A falta desse material impõe interrupções na atividade dos TE, atrasando muitas vezes a execução das atividades de higiene e conforto.
- Compra de travesseiros. Existe a falta desse material. Constatamos o uso de cobertores improvisados em fronhas. Esse procedimento de improvisação demanda tempo dos TE, além de gerar desconforto ao paciente.

- Controle de estoque de material de consumo, para manter na unidade quantidade adequada para a demanda, evitando, dessa forma, deslocamentos desnecessários.
- Treinamento do pessoal em relação à utilização dos materiais de forma adequada, visando ao seu uso racional. Medidas para evitar o desperdício devem ser implementadas, especialmente em relação a material de consumo.
- Treinamento dos TE em relação ao uso do computador, visando futuramente a registrar as informações dos pacientes em rede, o que facilitaria as informações no prontuário.
- Implementação de visitas mensais da equipe de manutenção do HU, buscando fazer um trabalho preventivo. Criação de um sistema de notificação das visitas com um *checklist*. Penalidades devem estar previstas para a equipe responsável em prestar manutenção dos materiais e equipamentos em caso de negligência.

### 3.2.5.2 Questões Físicas e Gestuais

- Rever a atividade de preparo de medicação, especialmente no plantão noturno, uma vez que a organização da atividade neste turno ocorre por divisão de tarefas, ficando a encargo de um único profissional toda a medicação dos pacientes. Os balcões são baixos e, por isso, obrigam os TE a adotar posturas inadequadas, além de ficar em pé durante muito tempo.
- Melhor planejamento das atividades, evitando deslocamentos desnecessários. Organizar cada atividade, providenciando todo o material que será necessário para executá-la. O uso de um carrinho de apoio com os materiais que serão utilizados evitaria deslocamentos e carregamento de peso.
- Além de equipamentos adequados para o cuidado de pacientes dependentes, os cuidados com higiene e conforto devem ser realizados sempre com o auxílio de outros profissionais buscando minimizar os esforços físicos demandados.
- Utilizar preferencialmente as bancadas do posto de enfermagem para fazer as anotações nos prontuários, buscando adotar assim uma postura correta.
- Implantar um programa de ginástica laboral, preparatória e compensatória, visando a diminuir os traumas causados por esforços repetitivos, prevenir fadiga muscular, corrigir vícios posturais e aumentar a disposição para o trabalho. Outro aspecto importante é promover a integração da equipe. De acordo com Casarotto et al. (1997), a ginástica

laboral ocupa um papel importante no controle das doenças ocupacionais, porém não terá o efeito desejado se for utilizada como única forma de intervenção no ambiente.

### 3.2.5.3 Questões Organizacionais

- Substituir progressivamente os contratos temporários por efetivos, evitando as distorções impostas por diferentes modelos de contrato.
- Abertura de novas vagas para TE, buscando adequar o número de pessoal à proposta de 30 horas semanais. Hoje as unidades de internação não usufruem essa vantagem, uma vez que o número de pessoal existente não o permite.
- A luta por melhores salários diminuiria a necessidade desses profissionais em buscar outros empregos para garantir sua sobrevivência e de seus familiares.
- As interrupções consistem numa disfunção grave nos serviços de enfermagem e normalmente ocorrem por falta de material ou equipamento adequado ou providências que poderiam ser resolvidas por um agente administrativo. Dessa forma, a presença desse profissional poderia auxiliar, além das questões administrativas, na atenção ao familiar, tanto na unidade como por telefone. É fundamental a presença desse profissional pelo menos no período diurno.
- Valorização do momento da passagem de plantão, despertando na equipe a importância do contato dos TE de enfermagem com o paciente e a contribuição das informações obtidas no tratamento deste.
- Rever a concentração das atividades que demandam muito esforço no período da manhã, expondo esses profissionais a estresse físico e emocional maior. Os cuidados de higiene e conforto poderiam ser realizados também no período da tarde, distribuindo, assim, a carga de trabalho.
- É necessário oferecer aos trabalhadores um suporte emocional com terapias alternativas, porém fazer esses encontros dentro do horário de trabalho, de forma a diminuir o estresse provocado pela atividade.
- Viabilizar treinamentos e cursos de aperfeiçoamento, compatíveis com a realidade do grupo. Considerando-se que a maioria possui outros empregos, essas atividades deveriam ocorrer durante o horário de trabalho.
- Fazer um sistema de marcação de consultas médicas no SASC, por telefone, agilizando assim o serviço para os TE.



- Ter um clínico geral para pronto atendimento no SASC. Atualmente, como existe demora na marcação de consultas, enfrentam longas filas nas emergências dos hospitais, como a população, em geral, que não dispõe de convênios de saúde.
- Cada unidade de internação deve estabelecer um rigoroso controle de saúde dos seus trabalhadores. Manter atualizada a vacinação e estabelecer exames de rotina, com uma frequência pelo menos anual. Assim, pode-se fazer um trabalho de controle e prevenção, uma vez que lidam diretamente com os doentes.
- Oferecer cursos de capacitação sobre a adoção de gestos e posturas corretas, para a execução das tarefas, buscando minimizar a ocorrência de doenças ocupacionais.

Em relação à alimentação do trabalhador foram feitas várias observações, cabendo, dessa forma, várias sugestões, conforme pontuaremos a seguir.

- A) Atualização dos valores do vale-refeição dentro da realidade econômica atual, para garantir a possibilidade de uma alimentação adequada para o trabalhador.
- B) Horários fixos por turno: a implementação de um horário fixo para a pausa do lanche certamente vai valorizar essa atividade, fazendo com que toda a equipe possa fazer uma pausa planejada, respeitada dentro das rotinas de trabalho.
- C) Ambiente adequado na copa: considerando a importância do momento da alimentação, é fundamental que o ambiente seja adequado e agradável. A pausa representa uma parada no ritmo de trabalho e funciona como uma válvula de escape para desestressar a equipe. Tem um papel fundamental nas relações interpessoais.
- D) Locais para alimentação: as licitações para abertura e manutenção dos contratos com empresas terceirizadas de alimentação no HU devem contar com a participação do serviço de nutrição e a administração do hospital, buscando garantir boas opções para uma alimentação saudável. Os serviços devem oferecer atendimento rápido e com preço adequado ao valor do vale-refeição recebido pelo trabalhador. A falta de opções de serviços gera problemas de mercado e acaba ditando regras que não atendem às reais necessidades dos trabalhadores. O controle de qualidade deve ser permanente e atender a critérios rígidos de higiene.
- E) Outras possibilidades de alimentação para o trabalhador poderiam ser negociadas com os serviços terceirizados, como a entrega de alimentos nas unidades de internação, serviço já prestado pelo grêmio no passado.

- F) Os trabalhadores das unidades de internação poderiam receber da instituição pelo menos o café em todos os turnos.
- G) Controle sistemático da qualidade da alimentação oferecida pelo refeitório em todos os turnos de trabalho. O noturno normalmente dispõe no refeitório de uma alimentação com menos opções de escolha em relação ao diurno. Manter o mesmo padrão de qualidade e opções independente do horário.
- H) Oferecer para os trabalhadores de plantão, além do almoço ou jantar, outras refeições, uma vez o período de jejum é muito longo, com uma única refeição. Julgamos necessário incluir também no direito à alimentação todos os trabalhadores que estiverem realizando plantão de 12 horas, ainda que informalmente. Hoje, vários servidores fazem esse horário, por uma demanda do próprio serviço, não cabendo a eles a penalidade de não receber nenhuma alimentação da instituição.
- I) Rever o horário da refeição do turno noturno, uma vez que para a maioria dos TE o jantar por volta das 23 horas é incompatível com seus hábitos. O jantar poderia ser oferecido em torno das 20 horas, horário em que a maioria faz um lanche na unidade. Por volta das 23 horas o hospital poderia oferecer nas unidades um lanche ou uma sopa.
- J) Promover cursos de aperfeiçoamento para os TE sobre o papel da alimentação para a saúde das pessoas, bem como sobre as consequências de uma alimentação desequilibrada em longo prazo.
- K) Oferecer um programa de acompanhamento nutricional individual para os TE, buscando a recuperação ou a manutenção do estado nutricional.
- L) Incentivar o consumo de água pelos TE durante a jornada de trabalho, em vez do café. É necessário haver uma provisão de água fresca constantemente nas unidades. Hoje os trabalhadores de uma unidade cirúrgica pagam pela água que tomam no serviço. Os bebedouros, tanto do refeitório como da unidade, estão em péssimas condições de manutenção.

#### 4 UMA EXPERIÊNCIA ALÉM-MAR

Paris, 3 de agosto de 2003

Queridos amigos,

Essa trajetória começa certo dia, lá por meados de 2000, quando, na sala de uma amiga e colega de trabalho e após a conversa com minha orientadora, surge uma frase ousada, aliás, como lhe é peculiar: “Você não gostaria de fazer um doutorado-sanduiche na França”?

Achei um verdadeiro devaneio, sem acreditar em tal possibilidade, pois da forma como estava estruturada a minha vida naquele momento o projeto era ousado demais.

Começaram as disciplinas, os trabalhos, e as surpresas na minha vida pessoal que iriam me mostrar que os limites são transponíveis quando queremos e lutamos para superá-los.

Viver a dor da perda e vencer o medo de recomeçar nos dá coragem de olhar o mundo de frente e aceitar novos desafios. Descobri, então, que a vida estava me dando a chance de voltar no tempo e de me sentir jovem. Digo isso porque admiro a coragem dos jovens em experimentar o desconhecido. Foi assim que me senti quando aceitei, depois de muito relutar, a oportunidade de ir além-mar. Ir além do meu mundinho, que, embora um pouco complicado nesse período, estava dentro dos domínios do meu território.

Quantas vezes me perguntei por que minha orientadora era tão insistente em me fazer perseguir esse doutorado-sanduiche. Capes, CNPq, contatos na França, eram tantos papéis. Para muitos soava até como gozação: doutorado o quê?

Hoje estou contando essa etapa do meu doutorado com muita alegria e com emoção. Para muitos, alçar vôo é uma decisão simples; para outros, como eu, uma manezinha que mora cercada por toda a família, foi uma decisão difícil.

Bem, vamos à luta. Aulas de francês, enfrentar a prova de proficiência, busca do orientador na França que pudesse me orientar e a batalha pela bolsa.

Comecei a buscar, então, o orientador. Havia utilizado muito na fundamentação teórica do meu projeto de tese os trabalhos de uma médica do trabalho e doutora em Ergonomia chamada Madeleine Estryng-Behar. Achei ousadia da minha parte escrever falando do meu projeto de tese e da possibilidade de me receber; porém, depois de muito refletir, concluí que o máximo que poderia acontecer era não obter resposta dela.

Acreditar na possibilidade é sempre um primeiro passo, e assim uma semana depois de enviar uma mensagem, recebi a resposta carinhosa de que ela teria o maior prazer em me receber no Serviço de Medicina do Trabalho do Hôtel Dieu. Esse hospital é um dos mais antigos de Paris, situado na Place de Parvi, ao lado da Catedral de Notre Dame.

Foi uma honra e um grande aprendizado poder compartilhar da companhia maravilhosa dessa pesquisadora, que é uma referência em Ergonomia. Tem lutado por décadas na melhoria das condições de trabalho, especialmente dos profissionais da enfermagem na França.

Minha experiência foi proveitosa em todos os sentidos, pois não havia como esquecer a bela cidade em que estava morando. Paris é um museu a céu aberto. Morando de fato e não passeando, parecia até mentira. Comprar o pão na esquina (que pão!), fazer compras no ED (supermercado mais popular), ir à feira para ver frutas e verduras frescas e achar produtos mais baratos, andar quilômetros às margens do Senna na volta para casa, enfim, viver o cotidiano dos parisienses foi divino.

Bem, meus amigos, que bom que tenho a memória bem seletiva e tento reviver nesse relato as lembranças boas. Das ruins, digerimos e tentamos tirar a mensagem de que não queremos passar novamente. Falar francês 24 horas por dia sem ter um conhecido para dizer bom dia deprime muito. Estar sozinho na “cidade luz” parece até tirar um pouquinho da claridade. Ai, que saudade dos meus amados!

Meu estágio no Serviço de Medicina do Trabalho no Hôtel Dieu de Paris (Assistance Publique Hopitaux de Paris – Service Central de Medicine du Travail) proporcionou oportunidades que contribuíram imensamente na discussão dos meus dados, coletados no Brasil. Poder discutir com a fonte de referência traz uma sensação de glória, pois temos a oportunidade de acompanhar o pensamento do pesquisador e ver como é elaborado.

Vou tentar fazer uma breve descrição das atividades que realizei em meu estágio-sanduíche.

Reconhecimento da estrutura organizacional e de funcionamento da Instituição, AP-HP Hospital Hôtel Dieu de Paris/Service Central de Medicine du Travail. Num primeiro momento, fiz o acompanhamento das rotinas gerais da unidade. Participei, ainda, das discussões da unidade, quando estavam relacionadas às intervenções ergonômicas nas unidades hospitalares da Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

Após elaborar um cronograma de atividades, iniciei minha participação no Étude Européenne NEXT – Study (Nurse’s Early Exity Study). Essa pesquisa européia conta com a

participação de dez países. Busca identificar as razões pelas quais está ocorrendo a evasão precoce dos profissionais da enfermagem na Europa.

Na França, a pesquisa recebeu o nome de estudo PRESST (Proumouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) e tem como coordenadora científica a Dra. Madeleine ESTRYN-BEHAR.

Participaram da pesquisa na França 5.346 pessoas que trabalham nos cuidados com pacientes, exceto médicos. Do total, 1.557 questionários contendo questões objetivas e questões abertas foram respondidos por aides soignants (AS), profissionais que desempenham uma atividade semelhante a dos técnicos de enfermagem, o grupo de meu interesse.

Trabalhei junto à equipe da pesquisa, fazendo a análise das questões abertas dos questionários respondidos pelos AS, provenientes de hospitais das cinco regiões da França. Fazia a leitura minuciosa, destacando os discursos mais contundentes. Simultaneamente, fazia a codificação das questões abertas dos questionários de acordo com o protocolo elaborado pela equipe, seguindo os critérios relacionados às condições de trabalho, proposições de mudanças e comentários.

Essa experiência foi extremamente valiosa, pois, ao ler as questões relacionadas às condições de trabalho nos hospitais franceses, pude perceber que, apesar de condições econômicas, sociais e políticas diferentes, muitos problemas estavam relacionados à própria característica da atividade e ao perfil desses trabalhadores.

Parecia possível para mim, a partir desse contato íntimo, através das falas transcritas, ter uma boa visão de como esses profissionais viam seus serviços. Sem conhecer ainda as unidades de internação, pude conhecer o que pensavam os trabalhadores. Vantagens, desvantagens, preocupações, anseios, enfim, o que facilitava ou dificultava seu trabalho.

Paralelamente à minha rotina de trabalho, a pedido do Serviço de Medicina de Trabalho do hospital, preparei uma apresentação sobre o Programa Nacional de Humanização Hospitalar, e alguns dados preliminares da minha tese, coletados no Brasil. Foi um dia bastante difícil, pois, aliado ao fato de ter que apresentar um primeiro panorama do meu trabalho e políticas de saúde nacionais, teria que fazê-lo em francês.

Foi muito confortante ter na platéia a professora France Bellisle, diretora de pesquisa do Serviço de Diabetologia (INRA), ligado Instituto Nacional de Saúde, Unidade 341 (INSERM), que havia trabalhado conosco no Brasil como professora convidada, minha orientadora Rossana, que estava em Paris para apresentar um trabalho num congresso, e

minha colega de trabalho, professora Maria Alice Assis, que estava chegando a Paris para fazer seu pós-doutorado. Que bom contar com o olhar de apoio dessa turma.

Num segundo momento, buscando conhecer as unidades de internação do Hôtel Dieu e avaliar a atividade real dos técnicos de enfermagem, comecei a me preparar para executar uma análise ergonômica na Unidade de Cirurgia Geral Notre Dame, que tinha como chefe a enfermeira Maite Lafargue.

Embora fosse estagiária no hospital, meu vínculo era com o Serviço de Medicina do Trabalho e, para conhecer a rotina da unidade de internação, tive que fazer vários contatos formais. Primeiro, tive uma reunião com o diretor médico do hospital visando à possibilidade de conhecer o Serviço de Cirurgia do Hospital (Arnaud Basdevant), depois com o diretor de enfermagem (Michel Marmin), para ver a possibilidade de conhecer a atividade da equipe de enfermagem da clínica cirúrgica do Hôtel Dieu. Fui encaminhada posteriormente à chefia geral de enfermagem (Alice Breban) para definir a clínica cirúrgica para desenvolver a análise ergonômica. Foram considerados aspectos como especialidades atendidas, horários para o acompanhamento e características da equipe.

Fiz uma visita ao Serviço de Cirurgia Geral Notre Dame do Hôtel Dieu para expor para a equipe de enfermagem o meu trabalho e selecionar os técnicos de enfermagem (AS) voluntários para acompanhamento da análise ergonômica na unidade.

Foram realizados dois acompanhamentos de jornadas completas de trabalho dos técnicos de enfermagem no horário da manhã, das 6h30 às 14h30, e no período da tarde, das 14h00 às 22h00.

As observações ergonômicas seguiram o modelo de análise utilizado pela Dra. Estryne-Behar, que propõe uma observação minuciosa e detalhada de todas as atividades realizadas pelo técnico, e posterior utilização do programa de análise KRONOS.

Para utilizar esse método, previamente foram feitas várias reuniões de estudo junto com a Dra. Estryne-Behar, a fim de aprender a utilizar o referido programa de análise de dados ergonômicos.

Após digitação e tabulação dos resultados, os dados da análise ergonômica foram validados pelos técnicos observados e, após seu aval, apresentados para cada equipe do turno, acompanhado da unidade cirúrgica Notre Dame.

Existe grande formalidade para se conseguir conhecer a realidade de trabalho nas unidades de internação. Observamos uma grande hierarquia na tomada de decisões. A

contrapartida exigida para a minha observação foi o retorno dos dados com as análises para a equipe. Os dados apresentados podem ser observados no Apêndice C.

Os mesmos dados foram apresentados pela doutora Estryn-Behar num evento de enfermagem que ocorreu no Rio de Janeiro em novembro de 2003, no qual ela era palestrante. Utilizou junto aos profissionais brasileiros num curso pré-congresso, para mostrar como utilizar os dados por mim coletados e discutidos em conjunto com a pesquisadora. Os dados foram trazidos em português para facilitar a discussão com o grupo.

Outra grande experiência foi poder participar da reunião da equipe NEXT-STUDY/PRESS com as lideranças sindicais dos trabalhadores da saúde para apresentação dos dados preliminares da pesquisa realizada na França. Foram dois dias (10 e 11 de setembro) de trabalhos buscando estratégias para divulgar os resultados e definir medidas governamentais para solucionar as questões trabalhistas envolvidas na evasão precoce dos profissionais da saúde. É importante destacar que as representações sindicais exercem grande pressão política nas bases governistas na França.

Participei, ainda, com a Dra. Madeline Estryn-Behar (palestrante de um evento de grande porte da enfermagem), do Salon Infermier, que ocorreu nos dias 15, 16 e 17 de setembro de 2003, em Paris, La Premier Manifestation Paramedicale en Europe, onde foram apresentados publicamente os dados preliminares da pesquisa PRESST.

Poder discutir os meus dados com pesquisadores renomados era um dos grandes objetivos do meu doutorado-sanduíche. Assim, tive a oportunidade sistemática de me reunir com a Professora France Bellisle, para discutir dados referentes ao comportamento alimentar dos técnicos de enfermagem, e com a Dra. Madaleine Estrin-Behar, para a discussão dos dados ergonômicos coletados no Brasil.

Tive ainda a oportunidade de receber orientação nesse período da Dra. Rossana Pacheco da Costa Proença, minha orientadora no Brasil, em ocasião da sua estada em Paris para participar como palestrante de um evento de Ergonomia.

A possibilidade de contar com um grande acervo bibliográfico na França nas duas áreas de meu interesse foi perseguida. Várias bibliotecas foram utilizadas com esse fim, das quais se destacam:

- a) Assistance Publique – Hôpitaux de Paris – Service de la documentation et des archives;
- b) Bibliothèque Centrale da Cité Internationale Universitaire de Paris;
- c) Bibliothèque Inter Universitaire de Médecine;

- d) Bibliothèque Nationale de France; e
- e) Conservatoire National des Arts et Métiers – CNAM – Bibliothèque.

A realidade francesa foi escolhida tendo como referência a preocupação das instituições de saúde, especialmente os hospitais ligados à Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP), com a humanização das condições de trabalho. Porém, constatamos que o que ocorre é a universalização do atendimento, mas nem sempre em condições humanizadas.

As atividades realizadas durante esse período possibilitaram a formulação de um quadro de análise suficiente para a continuidade dos meus estudos no Brasil. Além da oportunidade de conhecer outro método de observação ergonômica e modelo de análise, a observação da unidade de internação cirúrgica na França permitiu comparar as diferentes condições de trabalho, especialmente no que se refere a condicionantes físicos e materiais, as quais se diferem muito da realidade brasileira. Por outro lado, podemos constatar que alguns condicionantes organizacionais, como recursos humanos reduzidos, pouca valorização profissional, dificuldades de relacionamento com a equipe médica, troca de turnos para cobrir pessoal, entre outros, infelizmente, também ocorrem por lá.

Consideramos fundamental a possibilidade de compartilhar os dados coletados previamente com pesquisadores estrangeiros, bem como o acesso a bibliografias ligadas ao estudo, aspectos que certamente contribuíram para enriquecer a discussão dos resultados. A oportunidade de analisar parte dos dados da pesquisa NEXT auxiliou a identificar o que pensam os técnicos de enfermagem do seu trabalho, possibilitando reconhecer que muitas situações são vivenciadas por toda a categoria, que são problemas inerentes à própria atividade e filosofia da enfermagem.

Os serviços de saúde na França estão vivenciando, atualmente, um grande problema de pessoal, ligado às questões de mudanças da legislação trabalhista. A redução da carga horária para 35 horas semanais e o aumento do limite de idade para a aposentadoria, entre outros motivos, têm sido colocados como motivos da evasão precoce dos profissionais da saúde. Em associação a essa fase de transição das leis trabalhistas, a França viveu uma grande catástrofe no verão de 2003, que vitimou aproximadamente 15 mil pessoas, em função do calor intenso. A crise do setor da saúde se agravou, e o governo foi responsabilizado por tantas mortes em função de um serviço de saúde inoperante, especialmente por falta de pessoal.

Embora seja um país de reconhecido esforço nas questões trabalhistas, o setor da saúde vive atualmente uma crise, situação essa que justifica a própria pesquisa NEXT, que busca conhecer os aspectos relacionados à evasão precoce desses trabalhadores.



Além dos aspectos abordados anteriormente, o contato com a equipe do serviço de medicina do trabalho do AP-HP do Hôtel Dieu e com os profissionais de diferentes setores já mencionados me proporcionou um ambiente de trabalho enriquecedor para o desenvolvimento do meu trabalho e troca de experiências valiosas.

A vivência com a equipe tem se mantido e firmamos um compromisso mútuo de lutar por melhores condições de trabalho para os profissionais da área da saúde, em especial os trabalhadores da enfermagem. Após meu retorno ao Brasil, elaboramos um trabalho científico juntos, para uma possível publicação em um congresso em setembro de 2004 na Itália. É nossa pretensão continuar essa parceria em outros trabalhos.

Hoje agradeço imensamente à minha orientadora pelo estímulo e determinação com que me impulsionou a seguir essa meta. A frase por ela colocada “depois que vivemos uma experiência no exterior nunca mais somos os mesmos”, num primeiro momento, me soou pretensiosa. Porém, hoje percebo que, além do ganho científico, pude viver um momento de autoconhecimento e de grande aprendizado com a escola da vida.

**Valeu!**

Florianópolis, dezembro de 2003

## **5 CONCLUSÃO**

No presente capítulo encontram-se destacadas as argumentações sobre a validade da metodologia utilizada e do tema pesquisado, bem como uma síntese das contribuições com o desenvolvimento desta tese. Esses aspectos são abordados orientando-se pelo processo de construção e desenvolvimento da tese, partindo da pergunta de partida. Os demais aspectos abordados referem-se às contribuições teóricas e às perspectivas de continuidade para trabalhos futuros.

### **5.1 Aspectos Gerais**

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou conhecer melhor o universo de trabalho dos técnicos de enfermagem em unidade de internação hospitalar e identificar alguns fatores relacionados às condições de trabalho que podem estar envolvidos nas mudanças observadas no seu comportamento alimentar. A pergunta de partida que norteou esta tese foi: que aspectos emergem das condições de trabalho que possuem relação com o comportamento alimentar em um hospital que adota modelo de gestão humanizado?

A busca da resposta a essa questão permeou caminhos metodológicos que, ao longo do trabalho, foram se entrelaçando. O comportamento alimentar é um produto complexo resultante da interação biopsicossociocultural. A literatura aponta a necessidade da integração de outras ciências para identificar os aspectos que concorrem nessa manifestação comportamental. A construção metodológica deste trabalho buscou conciliar a ciência da nutrição com a área da Ergonomia, a partir de um estudo qualitativo utilizando como método a Análise Ergonômica do Trabalho e variados instrumentos que ela disponibiliza.

A observação do trabalho real e a análise do conteúdo das falas possibilitaram buscar tanto as nuances do contexto interno, ou seja, do ambiente de trabalho, claramente evidenciado pela AET, como algumas nuances do contexto externo, colhido de forma prazerosa nos “encontros marcados”. Embora nosso enfoque estivesse centrado na situação de trabalho, os próprios trabalhadores, em suas falas, nos levaram para além das barreiras do hospital. Esses momentos ajudaram a interagir com o sujeito, conhecer melhor sua realidade, o que auxiliou de forma determinante na análise dos resultados.

Demonstrar com riqueza aspectos não explorados na pesquisa quantitativa, ainda priorizada na área da nutrição, é certamente uma das vantagens da pesquisa qualitativa. Aspectos das práticas alimentares como gosto, costumes, valores são capazes de indicar aquilo que normalmente se come e por que se come. Ao ressaltar a escolha da pesquisa qualitativa procuramos reforçar a possibilidade que ela nos permite ao identificar os condicionantes que afetam o comportamento alimentar.

Num primeiro momento, cabe discutir o próprio modelo de gestão humanizado, uma vez que, ao existir tal preocupação organizacional, nosso nível de expectativa em relação à presença de condições de trabalho adequadas era evidente. Entretanto, percebemos que a implantação do programa de humanização na instituição, mais do que propor novas medidas em relação às condições de trabalho, buscou valorizar os projetos já existentes, sendo que esses se apresentam prioritariamente voltados mais aos pacientes do que aos trabalhadores do hospital.

A filosofia da humanização foi um discurso presente na instituição desde a sua criação. Existem várias propostas visando à melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, e foi nossa intenção avaliar a abrangência dessas medidas em relação ao grupo estudado. Nesse sentido, percebemos uma espécie de ressentimento por parte dos trabalhadores da enfermagem das unidades de internação quanto à impossibilidade de usufruir os muitos benefícios e programas oferecidos pela instituição. Entre os motivos alegados, a incompatibilidade de horários foi o mais ressaltado.

A atividade da enfermagem tem características desgastantes e reconhecidamente estressantes, porém, como podemos perceber nas falas, a maioria dos profissionais ama o que faz e se identifica com a profissão. Os preceitos e a literatura científica em ergonomia demonstram que o desempenho das atividades em condições adequadas de trabalho pode minimizar o desgaste provocado pela profissão, considerando-se que o trabalho pode ser uma atividade salutar quando realizado em condições favoráveis e tornar-se um prazer.

Assim, humanizar o ambiente de trabalho significa dar condições adequadas para o trabalhador na prestação do seu serviço. Portanto, a identificação de condicionantes físicos, materiais e organizacionais desfavoráveis nos remetem a pensar até que ponto existe humanização para os que cuidam?

Alguns aspectos inerentes às condições de trabalho foram identificados como possíveis condicionantes das alterações observadas no comportamento alimentar. A natureza da atividade, por exemplo, exige um trabalho contínuo, o que afeta a possibilidade de pausas

para descanso e alimentação. O horário de trabalho dos turnos e plantões obrigatórios contribui para a adoção de comportamentos considerados do ponto de vista nutricional pouco saudáveis, em que se destacam suprimir refeições, beliscar, comer rapidamente mastigando pouco os alimentos, comer em quantidade exagerada quando se está diante do alimento, ou, na ausência dele, se expor a jejuns prolongados.

Cabe falar do desgaste físico causado no exercício da profissão, que acaba sendo exacerbado por condições de trabalho inadequadas, expondo o trabalhador a maior desgaste. Essa foi uma situação por nós observada e que poderia ser contornada com a adoção de algumas das recomendações ergonômicas já apontadas anteriormente. Tais esforços físicos adicionais demandam mais energia e, conseqüentemente, um aporte calórico maior. Uma alimentação que não satisfaça essa demanda pode influenciar no estado nutricional dos trabalhadores.

O próprio convívio com o sofrimento das pessoas pode gerar um sentimento humano de solidariedade com a dor alheia, o que aumenta a carga emocional do trabalhador. Quando existem condições para prestar um serviço de qualidade ao paciente, podemos minimizar essa carga emocional. Por outro lado, fazer a assistência em condições adversas, com poucos recursos materiais e organizacionais, exigindo improvisações constantes, pode levar o trabalhador a se sentir espoliado, no mais amplo sentido da expressão.

Observamos e constatamos através das falas que o momento da alimentação pode constituir num rico espaço de descontração e favorecer na diminuição do estresse causado pela rotina de trabalho. O convívio foi um dos grandes pontos reverenciados pelos TE em relação à alimentação no trabalho. As pessoas parecem aproveitar esse momento para se renovar e enfrentar o restante da jornada, como um espaço valioso de socialização. No caso estudado, atribuíram auxiliar em muito nas relações interpessoais, aproximando as pessoas. Pode-se constatar, ainda, uma rica troca de experiência profissional ao utilizar esse espaço para discutir condutas e procedimentos técnicos.

Do ponto de vista nutricional, as observações apontaram algumas inadequações em relação às recomendações nutricionais, das quais destacamos o não-atendimento às exigências calóricas e consumo exagerado de carboidratos simples. O grupo analisado considera inadequada a sua alimentação no trabalho e percebe mudanças no seu comportamento nesse ambiente.

Constatamos que o consumo de petiscos é uma prática comum durante a jornada de trabalho. Se, por um lado, beliscar é fonte de prazer e dá energia para o trabalho, por outro,

esta prática foge às normas sociais relativas às refeições vigentes, que compreendem refeições estruturadas em horários preestabelecidos. Existem vários estudos apontando que o ato de beliscar pode estar associado às alterações ponderais, presentes em mais da metade do grupo.

Comer os alimentos excedentes, que não são distribuídos aos pacientes, marca a alimentação dos trabalhadores do turno diurno. Justificam esse comportamento em função do alto custo das refeições oferecidas nas duas lanchonetes no hospital e às poucas opções disponíveis. O pessoal do horário noturno, embora tenha direito a utilizar o serviço de nutrição da instituição, na sua maioria não o utiliza, atribuindo um aparente descaso com a qualidade da refeição oferecida e por considerar muito tarde o horário em que é servida. Esses trabalhadores, normalmente, dividem os custos de um lanche, realizando na unidade sua refeição. Contraditoriamente, aqueles que gostariam de comer no serviço de alimentação não têm direito, e aqueles que têm direito não o fazem.

Além das questões observadas em relação às condições de trabalho, o estudo nos permitiu inferir, através dos relatos, que fatores externos à instituição também podem influenciar na alteração do comportamento alimentar no trabalho. Afinal, como esquecer quem são nossos sujeitos? A maioria mulheres, casadas, mães, com baixo poder aquisitivo. Moram longe e são responsáveis pelos afazeres domésticos. Lutam por melhores condições de vida, buscando num outro emprego garantir mais acesso aos bens de consumo. Assim, sua rotina diária se reveza entre os empregos e trabalho doméstico. Como ter disposição para cuidar de si? Sua maior preocupação parece estar em manter a sua força de trabalho, e não a sua saúde.

A dupla jornada de trabalho constitui certamente um dos grandes condicionantes na mudança do comportamento alimentar dos trabalhadores, uma vez que a maioria tem dois empregos. A sobrecarga de trabalho causada pela dupla jornada parece tirar do trabalhador a disposição para se dedicar à elaboração da sua alimentação, tanto em casa como no trabalho. Certamente, muitos fatores influenciam na valorização do ato alimentar. Contudo, os percalços para viabilizar uma alimentação saudável no trabalho são reais. Apontam dificuldades em transportar comida em conduções lotadas, falta de tempo para preparar as refeições, dificuldades para comprar os alimentos, preços elevados das refeições oferecidas nas cantinas, entre outros fatores.

As condições sociais e econômicas adversas, em geral, não lhes permitem escolher a alimentação mais saudável, optando normalmente pela mais viável. Consideram que o vale-refeição recebido apresenta um valor incapaz de cobrir os gastos com a sua alimentação.

Ficou bastante claro nos relatos que a incorporação do vale-refeição ao salário desvirtuou, de certa forma, sua finalidade, pois esse valor passou a fazer parte da renda familiar. Existe certo descontentamento pela maneira com que o hospital lida com a questão da alimentação. Esperam da instituição medidas que promovam uma alimentação saudável dentro de um programa de humanização das condições do trabalhador.

A solução com medidas econômicas, a partir de uma remuneração justa, consiste em um dos passos na busca da valorização do trabalhador. Porém, sabe-se que essa questão passa por questões complexas, dependentes de políticas nacionais, que fogem ao poder de decisão das instituições públicas.

Entretanto, existem medidas em relação às condições ambientais e organizacionais que podem ser tomadas, em prol do bem-estar do trabalhador, tais como: manter um programa de assistência à saúde que permita o acesso dos TE, manter exames de rotina valorizando a sua saúde, evitar ao máximo as trocas nos turnos de trabalho, organizar rodízios para participação de cursos e aperfeiçoamentos em horário de trabalho.

Em relação à alimentação do trabalhador, as sugestões envolvem supervisionar as cantinas e refeitórios para que ofereçam uma alimentação adequada e dentro das possibilidades econômicas dos trabalhadores, fixar horários para a pausa, tornando a alimentação uma atividade tão importante como todas as outras, e analisar a possibilidade de servir a alimentação do noturno mais cedo, respeitando, assim, o hábito dos funcionários.

Faz-se necessário, ainda, lutar por medidas mais complexas, como a reestruturação da área física, a modernização e manutenção dos equipamentos e a contratação de pessoal, conforme propostas anteriores. São medidas fundamentais dentro das políticas governamentais, para que se ofereçam condições de trabalho humanizadas.

Com base na riqueza dos dados obtidos das observações, assim como dos conhecimentos contextualizados a partir do depoimento dos sujeitos, conclui-se que o pressuposto por nós elaborado, no qual assinalávamos que o programa de gestão humanizado no serviço hospitalar valoriza as condições de trabalho, refletindo positivamente no comportamento alimentar dos técnicos de enfermagem, não seja verdadeiro no estudo de caso observado. Existem vários aspectos relacionados a inadequações das condições de trabalho que certamente influenciam de forma negativa no comportamento alimentar dos técnicos de enfermagem.

Ao concluir, gostaríamos de fazer uma reflexão. Comer não é um ato simples de sobrevivência. É uma história particular e coletiva contada em hábitos e atitudes, recheada de

sentimentos e valores. A “partilha da marmita”, vivida por esses trabalhadores, representa mais do que a divisão do alimento. Representa nossas relações de vida, em que sentimentos dicotômicos se fazem presentes, como alegria e tristeza, fartura e penúria, respeito e desrespeito. As pesquisas em nutrição devem incorporar novas metodologias, transpondo o enfoque tradicional da alimentação, com base apenas nas leis da nutrição. Devemos ir além, valorizando o prazer e o simbolismo dos alimentos na vida das pessoas, entendendo esses aspectos como fundamentais para um viver saudável.

Embora não seja o enfoque de nosso trabalho, observamos a existência de várias iniciativas de humanização do atendimento, com resultados extremamente positivos. Agora entendemos que é o momento de investir no trabalhador. Muitas iniciativas já existem, porém se faz necessário rever a forma de abrangência para os TE. Certamente, os resultados serão gratificantes e refletirão na melhoria dos serviços prestados.

## **5.2 Quanto aos Procedimentos Metodológicos Utilizados e a Contribuição Científica do Estudo**

A utilização da pesquisa qualitativa no presente estudo resultou num processo de aprendizado e descobrimentos. A Análise Ergonômica do Trabalho (AET), como método empregado, foi capaz de responder com clareza de dados ao pressuposto por nós levantado.

A integração da área da Nutrição com a Ergonomia mostrou-se complementar para revelar nuances do comportamento alimentar no trabalho. A contribuição da utilização da AET se evidenciou nos resultados, demonstrando ser um instrumento capaz de fazer um diagnóstico real da situação investigada e de apontar recomendações.

As entrevistas individuais mostraram com riqueza, ao passear pela história de vida dos entrevistados, a percepção desses trabalhadores em relação ao seu contexto de trabalho, sua escolha profissional, sobre o que é humanização e seus valores e conceitos sobre a alimentação.

Emergiu das falas uma infinidade de dados que muito auxiliaram a entender o fenômeno analisado, especialmente após observação da atividade real dos trabalhadores. Saber observar, ouvir e deixar fluir os sentimentos dos entrevistados é algo muito gratificante. Porém, o maior desafio está em construir a partir das falas as categorias, para então proceder à análise do conteúdo, instrumento por nós utilizado. A dificuldade está em se restringir dentro da infinidade de informações disponíveis, no foco do nosso estudo em função dos objetivos.

Avaliamos a metodologia utilizada como capaz de dar as respostas que buscávamos. Os resultados apontaram que os trabalhadores aqui investigados alteram seu comportamento alimentar no trabalho, comem de forma inadequada do ponto de vista nutricional, apresentam irregularidades nos horários das refeições, monotonia nas escolhas alimentares e beliscam várias vezes durante a jornada de trabalho.

A adoção dessa metodologia permitiu identificar que muitos aspectos relativos aos condicionantes da situação de trabalho sofrem o impacto de aspectos da sua própria situação de vida. Cientes dessas nuances, os TE consideram que não priorizam sua alimentação, porém dividem a responsabilidade desse fato com a instituição.

A utilização da AET possibilitou fazer uma avaliação do programa de gestão humanizada de forma concreta, no momento que possibilitou cruzar, além dos dados oriundos da percepção dos atores envolvidos, os dados coletados a partir da análise documental e da observação real da atividade.

Embora a AET seja um método aplicado a uma determinada situação, um estudo de caso, os resultados demonstram a possibilidade de estender a aplicação desse método para outras realidades. Sua versatilidade em dar respostas a questões específicas depende fundamentalmente da construção criteriosa de um modelo de análise, de acordo com os objetivos traçados.

Consideramos que a originalidade da proposta e a sua contribuição científica ficaram evidenciadas, mostrando-se como uma ferramenta de diagnóstico nos caminhos do conhecimento da alimentação no trabalho bem como na avaliação de programas de gestão.

### **5.3 As Perspectivas de Continuidade**

Na ciência, fazemos parte de um contínuo. Baseamo-nos em trabalhos científicos anteriores, assim como temos a pretensão e a responsabilidade de deixar alguma contribuição. O desenvolvimento do presente estudo tornou possível a identificação de questões que podem ser alvo de futuros trabalhos.

Percebemos a importância de pesquisas conjuntas nas ciências da saúde, humanas e sociais, estreitando os vínculos dessas áreas de conhecimentos, buscando novos caminhos para compreender o ser humano nas diversas dimensões de sua vida. Ressaltamos, ainda, a necessidade de se ampliarem as pesquisas que relacionem ergonomia com comportamento alimentar, embora isoladamente os dois temas sejam bastante discutidos. Nesse sentido, vale



destacar a vantagem da pesquisa qualitativa, em que a escassez de bibliografia específica não se constitui em obstáculo para o desenvolvimento do estudo. Permite sim, a partir de uma construção metodológica rigorosa, investigar um fenômeno, mesmo sem padrões de referência.

Após essas considerações, a título de sugestão, pode-se considerar relevantes os seguintes temas para trabalhos futuros:

- a) num primeiro momento, ressaltar a relevância de mais estudos utilizando a metodologia da AET aqui utilizada, com enfoque no comportamento alimentar, buscando consolidar e avaliar essa proposta. Pensamos na possibilidade de estendê-la para outras unidades ou categorias profissionais que trabalham nesse hospital, visando a comparar o impacto do programa para outros trabalhadores, como, por exemplo, as equipes de enfermagem que trabalham em unidades ambulatoriais; e
- b) avaliar programas de gestão hospitalar sob outros enfoques, utilizando a AET como ferramenta. A criação de modelos de análise pertinentes à realidade que se quer investigar constitui um grande diferencial na avaliação de um programa, possibilidade que a AET permite.

A partir dos temas abordados anteriormente, sentimos a necessidade de trabalhos que utilizem a AET juntamente com outras áreas de conhecimento, como gestão organizacional e nutrição, com enfoque na alimentação do trabalhador, *buscando soluções organizacionais que promovam a saúde do trabalhador: valorizando a alimentação*. Seria uma das formas de contemplar os anseios dos trabalhadores, assim como ir ao encontro das diretrizes do programa de humanização.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHMG – **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Informativo de Hospitais.** Disponível em: <[http://www.ahmg.com.br/j0130\\_04.htm](http://www.ahmg.com.br/j0130_04.htm)>. Acesso em: 4 nov. 2002.

AGUIRRE, P. Aspectos socioantropológicos de la obesidad en pobreza no país do milagre: la pobreza en la pobreza. **Publicación científica**, Washington: Organización Panamericana de la Salud, n. 576, p. 13-25, 2000. (Trad. livre).

AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P.; SLOANE, D. M.; SOCHALSKI, J. A. Nurses' reports on hospital care in five countries. **Health Affairs Chevy Chase**, v. 20, n. 3, p. 43-53, May/June 2001.

ALEXANDRE, N. M. C.; ROGANTE, M. M. Movimentação e transferência de pacientes: aspectos posturais e ergonômicos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 34, n. 2, p. 165-73, jun. 2000.

ALEXANDRE, N. M. C.; MORAES, M. A. A. Proposta educativa com enfoque ergonômico para auxiliar na prevenção de lesões músculo-esqueléticas na equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 629-642, out./dez. 1998.

ALMEIDA, S. S.; NASCIMENTO, P. C.; QUAIIOTI, T. C. B. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 353-355, 2002.

ALVES, M. **Causas do absenteísmo na enfermagem:** uma dimensão do sofrimento no trabalho. 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

ALVES, M.; JOUCLAS, V. M. G. O cotidiano de trabalho das auxiliares de enfermagem: uma dimensão de sofrimento. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 83-88, jul./dez. 1997.

AMBROSI, C. **Hábitos alimentares:** é possível interferir na prática alimentar de um grupo de pessoas? 1998. Monografia (Especialização em Terapia Nutricional) - Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

ANÇÃO, M. S.; CUPPARI, L.; TUDISCO, E. S.; DRAIBE, S. A.; SIGULEN, D. **Programa de Apoio à Nutrição:** versão 2.01. São Paulo: Centro de Informática em Saúde Pública da Escola Paulista de Medicina, 1993.

ANDRADE, L. I.; FUGITA, M. L.; POLTRONIERE, F.; Da SILVA, A. M. Avaliação nutricional de uma refeição rápida (fast food). In: SIMPÓSIO SUL BRASILEIRO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: HISTÓRIA CIÊNCIA E ARTE, 26 a 28 de abril de 2000. **Anais...** Florianópolis, SC, 2000.

ANSELM, M. L.; ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, E. L. R. Rotatividade e condições de trabalho em enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 23, p. 85-86, 1993.

AQUINO, E. M. L. Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 3, jul./dez. 1993.

ASSIS, M. A. A. **Comportamento alimentar e ritmos circadianos de consumo nutricional em coletores de lixo da Cidade de Florianópolis**: relações entre os turnos de trabalho. 1999. Tese (Doutorado em Engenharia) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

ASSIS, M. A. A.; NAHAS, M. V. N. Aspectos motivacionais em programas de comportamento alimentar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 33-41, jan./abr. 1999.

ARBORIO, A. M. Savoir profane et expertise sociale: les aides-soignants dans l'institution hospitalière. **Genèses**, n. 22, p. 87-106, mars 1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.

BARROS, S. C. R. Má alimentação pode gerar acidente de trabalho. **Revista Caderno Informativo de Prevenção de Acidentes**, São Paulo, n. 119, ano X, p. 20-36, 1989.

BELLISLE, F.; SPECTER, S. E. Restauration à service rapide: effets satiétogènes. **Cahiers de Nutrition et de Diététique**, v. 35, n. 1, p. 47-54, 2000.

BELLISLE, F.; DALIX, A. M.; de CASTRO, J. M. Eating patterns in French subjects studied by the "weekly food diary" method. **Appetite**, v. 32, p. 46-52, 1999.

BENERI, R. L.; SANTOS, L. R.; LUNARDI, V. L. O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 108-118, jan./mar. 2001.

BENOLIEL, J. Q. Advancing nursing science: Qualitative approaches. **Western Journal of Nursing Research**, v. 1, n. 6, p. 1-8, 1984.

BENOMO, E. Como medir a ingestão alimentar. Obesidade e anemia carencial na adolescência: **Simpósio**. São Paulo: Instituto Danone, p. 117-125, 2000.

BETTS, J. Considerações sobre o que é Humano e o que é Humanizar. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** (PNHAH). Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.humaniza.org.br>>. Acesso em: 22 abr. 2002.

BINGHAM, S. A.; GILL, C.; WELCH, A.; DAY, K.; CASSIDY, A.; KHAW, K. T.; SNEYD, M. J.; KEY, T. J. A.; ROE, L.; DAY, N. E. Comparison of dietary assessment methods in nutritional epidemiology: weighed records v. 24h recalls, food-frequency questionnaires and estimated-diet records. **British Journal of Nutrition**, v. 72, p. 619-643, 1994.

BOOG, M. C. F. Educação Nutricional: passado, presente, futuro. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 5-19, jan./jun. 1997.

BOURDIEU, L. **La distinción**: critérios y bases sociales del gusto. Madrid: Taurus, 1988. 597 p.

BURTON, A. K.; SYMONDS, T. L.; ZINZEN, E.; TILLOTSON, K. M.; CABOOR, D.; VAN ROY, P.; CLARYS, J. P. Is ergonomic intervention alone sufficient to limit musculoskeletal problem in nurses? **Occupational Medicine**, London, v. 47, n. 1, p. 25-32, Jan. 1997.

CALLANHAN, R. M. N. A preliminary survey of nurses' health-related behaviours. **International Journal Student**, v. 32, n. 1, p. 1-15, 1995.

CAMPOS, G. W. S. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

CAMPOS, R. O. **Reflexões sobre o conceito de humanização**. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.humaniza.org.br>>. Acesso em: 22 abr. 2002.

CANDEIAS, N. M. F.; ABUJAMRA, A. M. D.; SABBAG, S. N. "Stress" em atendentes de enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, n. 75, v. 20, jan/jun. 1992.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um "modo de fazer" o trabalho da enfermagem**. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

CAPELLA, B. B.; Leite, E.; Ferreira, L. C. Vivendo e trabalhando melhor: uma convergência entre teoria e prática, ciência e arte, na práxis vivencial. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 276-288, set./dez. 1999.

CASAROTTO, R. A.; MENDES, F. L. Avaliação ergonômica de restaurantes. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ERGONOMIA, 4., CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 8., Florianópolis (SC). **Anais...**, p. 316-321, 1997.

CASTELAR, R. M.; PATRICK, M.; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. Éditions ENSP, p. 29-84, 1995.

CASTRO, J. M. Seasonal rhythms of human nutrient intake and meal pattern. **Physiol Behav**, v. 50, n. 1, p. 243-248, 1991.

CASTRO, J. M.; BELLISLE, F.; FEUNEX, G. I. J.; DALIX, A. N.; GRAAF, C. D. Culture and meal patterns: a comparison of food intake of free – living american, dutch and french students. **Nutrition Research**, v. 17, n. 5, p. 807-829, 1997.

CASTRO, J. M. Palatability and intake relationships in free-living humans: the influence of heredity. **Nutrition Research**, v. 21, p. 935-945, 2001.

CECÍLIO, L. C. O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHAMBOLLE, M.; COLLIERIE, A.; DUFOUR, A.; VERGER, J.; VOLATIER, L. Étude de la Diversité Alimentaire en France. **Cahiers de Nutrition et de Diététique**, v. 34, n. 6, 1999.

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é *burnout*? In: CODO, W. (Org.). **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes/Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do trabalho, 1999. p. 237-254.

COFEN/CORENs. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO (CREMESP). Disponível em: <<http://www.humanizaus.br>>. Acesso em: 23 jan. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM: Disponível em: <<http://www.portalcofen.com.br>>. Acesso em: 22 jul. 2004.

COSTA, E. S.; MORITA, I.; MARTINEZ, M. A. R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 553-555, abr./jun. 2000.

COUTRIN, R. M. G. S.; FRUA, P. R.; GUIMARÃES, C. M. Estresse em enfermagem: uma análise do conhecimento produzido na literatura brasileira no período de 1982-2001. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 486-494, out./dez. 2003.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DELMOTTE, H. Le Burn out, voyage en terre inconnue. **Revue du cadre soignant**, Paris, n. 2/3, p. 12-13, sept./oct. 2003.

DIAS, H. H. Z. R.; RAMOS, F. R. S. O “des”cuidado em saúde: a violência no processo de trabalho em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 44-51, jan./mar. 2003.

DUTRA DE OLIVEIRA, J. E.; MARCHINI, J. S. **Ciências nutricionais**. São Paulo: Sarvier, 1998.

ELL, E.; CHOR, D.; CAMACHO, L.; CAMACHO, A. B. Perfil antropométricos de funcionários de banco estatal no estado do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO NACIONAL DE NUTRIÇÃO – CONBRAN, 15., Brasília, DF. **Anais...**, 1998. p. 116.

EPIC GROUP OF SPAIN. Relative validity and reproducibility of a diet history questionnaire in Spain. II Nutrients. **International Journal of Epidemiology**, v. 26, n. 1, suppl. 1, 1997.

ESCOBAR, N. M.; GALEANO, L. E. S.; LOPERA, T. S. **Descripción de actitudes y prácticas en estilos de vida saludables, en médicos y personal de enfermería**. Metrosalud, 1997. Monografia (Especialização em Epidemiologia) - Universidade CES, Medellín, Colômbia, 1997.

ESTRYN-BEHAR, M.; POINSIGNON, H. **Travailler à l'hôpital**. Paris: Berger-Levrault, 1989.

ESTRYN-BEHAR, M. Ergonomia Hospitalar. **Revue de Enfermiere**, v. 4, n. 2, p. 247-256, dez. 1996.

ESTRYN-BEHAR, M.; MILANINI, G.; CANTEL, M. M.; POIRIER, P.; ABRIOU, P.; CORVAISIER, C.; HERMAN, M.; SNACHEZ, P.; TRAN, S.; ROMANENS, C.; TRANCHOT, J. Réaménagement d'une unité de soins avec une méthodologie ergonomique participative. Des méthodes et des hommes au service de l'espace – le cahier du management. **Objectif Soins**, n. 52, p. I-XVI, avr. 1997.

ESTRYN-BEHAR, M., DUGER, N.; VINCK, L. Les conditions de travail des femmes à l'hôpital ont-elles changé entre 1984 et 1998? **Revue Epidemiology Santé Publique**, v. 49, p. 397-400, 2001.

ESTRYN-BEHAR, M.; CAILLARD, J. F. Pour la santé et la satisfaction des soignants au travail. **Soins**, n. 667, p. 4, juil./août 2002.

ESTRYN-BEHAR, M.; L E NÉZET, O.; AFFRE, A.; ARBIEU, P.; BONNET, N.; DERRIENIC, F.; GADIER, G.; LORIOL, M.; SALBREUX, R.; BEN-BRIK, E.; CAILLARD, J. F. **La situation des soignants des établissements publics et privés en France en 2002**: analyse des résultats de la première partie de l'étude PRET-NEXT. Mimeo – Documento interno do Service Central de Médecine du Travail de l'AP-HP, 2002, 18p.

FALK, J. A.; CARVALHO, E. Qualidade de serviços na área hospitalar. In: VIEIRA, M. M. F.; OLIVEIRA, L. M. B. (Org.). **Administração contemporânea**: perspectivas estratégicas. São Paulo: Atlas, 1999.

FALK, L. W.; SOBAL, J.; BISOGNI, C. A.; CONNORS, M.; DEVINE, C. M. Managing Healthy eating: definitions, classifications, and strategies. **Health Education & Behavior**, v. 28, n. 4, p. 425-439, Aug. 2001.

FARIA, T. M. A.; SILVA, R. D. M.; PATRICIO, Z. M. Homem-bagageiro: a qualidade de vida dos trabalhadores aposentados de enfermagem numa abordagem ecosófica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 200-212, set./dez. 1999.

FARIAS, S. N. P.; MAURO, M. Y. C.; ZEITONE, R. C. G. Questões legais sobre a saúde do trabalhador de enfermagem. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 28-32, jan./jun. 2000.

FAUGIER, J.; LANCASTER, J.; PICKLES, D.; DOBSON, K. Barriers to healthy eating in the nursing profession: part 1. **Art & Science**, v. 15, n. 36, p. 33-36, May 23 2001.

FAUGIER, J.; LANCASTER, J.; PICKLES, D.; DOBSON, K.; Barriers to healthy eating in the nursing profession: part 2. **Art & Science**, v. 15, n. 37, p. 33-35, May 30 2001.

FERREIRA, F. A. G. **Nutrição humana**. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 1983.

FERREIRA, L. C. Organização e relações de trabalho. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 461-469, out./dez. 2003.

FISCHLER, C. **L'Homnivore**. Paris: Odile Jacob, 2001. 440 p.

FISCHLER, C. **Alimentation, corps et santé**: une approche transculturelle. Symposium OCHA. Paris: Editions Odile Jacob, 2003. (no prelo).

FURTADO, T. B. Relações entre saúde e trabalho: alimentação do trabalhador. **Revista Alimentação & Nutrição**, São Paulo, n. 9, p. 56-57, jun. 1982.

GAMBARDELLA, A. M. D.; FRUTUOSO, M. F. P.; FRANCHI, C. Prática alimentar de adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 55-63, 1999.

GARAVELLO, M. E. P. E. Arroz, feijão e Coca-Cola: discussão sobre comportamento alimentar. In: SIMPÓSIO SUL-BRASILEIRO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: História, Ciência e Arte, 26-28 de abril 2000 Florianópolis/SC. **Anais...** p. 149-154.

GARCIA, W. D. G. **A comida, a dieta, o gosto**: a mudança na cultura alimentar urbana. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

GARCIA, W. D. G. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 455-467, jul./set. 1997.

GEISSLER, C.; ODDY, D. (Ed.). **Food, diet and economic change past and present**. London: Leicester University Press, 1993.

GELBECKE, F. L. Política de saúde do trabalhador: limites e possibilidades. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 66-85, jan./abr. 2002.

GIBSON, A.; SMOUT, T. C. From meat to meal: changes in the diet in Scotland. In: GEISSLER, C.; ODDY, D. (Ed.). **Food, diet and economic change past and present**. London: Leicester University Press, 1993. p. 10-34.

GIGANTE, D. P.; BARROS, F. C.; POST, C. L. A.; OLINTO, M. T. A. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 236-246, 1997.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995a.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio/jun. 1995b.

GONZALES, R. M. B.; BECK, C. L. C. O sofrimento e o prazer no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 169-186, jan./abr. 2002.

GONZALES, R. M. B. Expressão de indicadores de (in)satisfação no trabalho por enfermeiras coordenadoras de área de um hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 105-109, jan./jun. 1998.

GONZALES, R. M. B. Na busca da autopercepção: um trajeto vivenciado por enfermeiros. **Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem**, Brasília: ABEN, v. 14, 1996.

GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia**: adaptando o trabalho ao homem. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GRENNE, L. S.; DESOR, J. A.; MALLER, O. Hereditary and experience: their relative importance in the development of taste preference in man. **Journal Comp. Psychol**, v. 89, n. 3, p. 279-284, 1975.

GUÉRIN, F.; LAVILLE, A.; DANIELLOU, F.; DURAFFOURG, J.; KERGUELEN, A. **Comprendre le travail pour le transformer**: la pratique de l'ergonomie. Montrouge: ANACT, 1997.

GUO, H. R.; TANAKA, S.; CAMERON, L. L.; SELIGMAN, P. J.; BEHRENS, J.; GER, J.; WILD, D. K.; ANDERSON, V. P. Back pain among workers in the United States: national estimates and workers at high risk. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 28, p. 591-602, 1995.

HERCBERG, S. G. M.; ROUAUD, C.; ESTRYN-BEHAR, M. Influence des horaires de travail sur l'alimentation des travailleuses hospitalières. **Cahiers de Nutrition et de Diététique XVIII**, n. 6, p. 335-340, 1983.

HORR, L.; REIBNITZ, K. S.; SOUZA, M. L. Educação continuada de nível médio em enfermagem: necessidades e perspectivas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. esp., p. 85-112, 1997.

IANNI, O. **A sociedade global**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1993.

IIDA, I. **Ergonomia**: projeto e produção. São Paulo: Makron Books, 1997.

KRAUSE, M. V.; MAHAN, L. K. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 7. ed. São Paulo: Roca, 1991.

LAUREL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 133-144, jul. 1997.

LAUTERT, L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 50-64, jul. 1999.

LAVILLE, A. **Ergonomia**. São Paulo: EPU, 1977.

LECOMTE, F.; ERTZCHEID, M. A. Maîtrise du lavage des mains dans les situations de soins directs. **Objectif Soins**, n. 52, p. 27-36, avr. 1997.

LEMOINE, A.; CASSUTO, D. A. Enquête française de consommation alimentaire: énergie et macronutrients. **Cahiers de Nutrition et de Diététique**, v. 32, n. 6, 1997.



LENNERNÂS, M. F.; JELLESTROOM, C.; BECKER, W.; GIACHETTI, I.; SCHIMITT, A.; REMAUT DE WINTER, A. M.; KEARNEY, M. Influences on food choice perceived to be important by nationally – representative samples of adults in European Union. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 51, suppl. 2, p. S8-S15, 1997.

LINHARES, G. **Enfermagem, uma carreira em ascensão**. Disponível em: <<http://www.portalcofen.com.br>>. Acesso em: 22 jul. 2004.

LOPES, G. T. O adoecer em enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 9-18, maio 1996.

LUNARD FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

LUNARDI, V. L.; MALHIERO, A. D.; AURIO, D. P.; LUNARD FILHO, W. D.; HAPLIN, M. J. Problemas no cotidiano do trabalho e sua relação com o cuidado de si e o cuidado do outro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 125-140, jul. 2000.

MARCON, S. S.; KOGA, M.; WAIDMAN, M. A. P.; DECESARO, M. N.; ORLANDI, M. H. F.; SANTANA, R. G. O trabalho da mulher: o confronto com a realidade familiar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 135-156, jan./abr. 1997.

MARTINS, J. J. Qualidade de vida e trabalho: o cenário atual do trabalhador da enfermagem numa unidade de terapia intensiva (UTI). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 128-146, set./dez. 1999.

MARTINS, L. M. M.; BRONZATTI, J. A. G.; VIEIRA, C. S. C. A.; PARRA, S. H. B.; SILVA, Y. B. Agentes estressores no trabalho e sugestões para minimizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 34, n. 1, p. 52-8, mar. 2000.

MATOS, E. Refletindo sobre a qualidade de vida no trabalho da enfermagem no hospital universitário. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 27-43, set./dez. 1999.

MATOS, H. C. **Condições de trabalho e estado nutricional de operadores do setor de alimentação coletiva: um estudo de caso**. 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MAURO, M. Y. C.; MAURO, C. C. C.; BRAGA, L.; BARBOSA, M.; VIDAL, M. C. Análise do processo de trabalho em uma clínica médica: uma introdução à análise ergonômica do trabalho da auxiliar de enfermagem. In: ABERGO, 2002. **Anais...**, Recife, PE, 2002. CD-ROM.

MEDINA, R. F.; BACKES, V. M. S. B. A humanização no cuidado com o cliente cirúrgico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 5, p. 522-527, set./out. 2002.

METZNER, R. J.; FICHER, F. M. Fadiga e capacidade de trabalho em turnos fixos de doze horas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, dez. 2001.

MEZOMO, J. C. **Gestão de qualidade na saúde**. São Paulo: Terra, 1995.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa de satisfação do usuário e dos profissionais de saúde**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.humaniza.org.br>>. Acesso em: 24 set. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar (PNHAH)**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.humaniza.org.br>>. Acesso em: 24 set. 2002.

MONCEAU, C.; BLANCHE-BARBAT, É.; ÉCHAMPE, J. La consommation Alimentaire depuis quarante ans. De Plus en Plus de Produits élaborés. **INSE PREMIERE**, n. 846, mai 2002.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L; COSTA, R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 251-258, jun. 2000.

MONTMOLLIN, M. **L'Ergonomie**. Paris: La découverte, 1990.

NIEDHAMMER, I.; LERT, F.; MARNE, M. Prevalence of overweight and weight gain in relation to night work in a nurses cohort. **International Journal of Obesity**, v. 20, p. 625-633, 1996.

NIEDHAMMER, I., LERT, F., MARNE, M. J. Effects of shift work on sleep among french nurses. **JOM**, v. 36, n. 6, p. 667-674, June 1994.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. **Humanização na saúde: Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.humaniza.org.br>>. Acesso em: 22 abr. 2002.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. N. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. Psychiatry on Line Brazil. Disponível em: <[www.humanizausus.br](http://www.humanizausus.br)>. Acesso em: 8 maio 2003.

NOULAIN, M. **Ergonomie**. Paris: Technip, 1992.

OGUISSO, T. A mulher na força de trabalho: o trabalho da mulher enfermeira. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 309-316, jun. 1998.

OLIVEIRA E SILVA, D. Estudo multicêntrico de consumo alimentar em famílias e indivíduos no Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e nutricional In: **Alimentação equilibrada para a população brasileira**, Instituto Danone, Workshop, 15 e 16 maio 1998, Florianópolis, p. 50-72.

OLIVEIRA, S. P.; THÉBAUD-MONY, A. Estudo do consumo alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 201-208, 1997.

OMS. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas**. Genebra, Série de Informes Técnicos, n. 797, 1990.

OMS. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combatirlas. **Série Informativos Técnicos**, Genebra, n. 714, p. 31-36, 1985.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento. **Melhorar a saúde e o bem-estar na velhice**: argumentos a favor de um envelhecimento ativo. Disponível em: <<http://www.onuportugal.pt/envelhecimento.htm>>. Acesso em: 22 ago. 2002.

ORNELLAS, L. H. **Alimentação através dos tempos**. 2 ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2000. 307 p.

ORTIZ, R. **Mundialização e cultura**. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

PARADA, C. M. G. L.; BERTONCELLO, N. M. F. Atendentes auxiliares e técnicos de enfermagem que graduam-se em enfermagem. O que muda. **Ciência y Enfermaria II**, v. 1, p. 119-126, 1996.

PARADA, E. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; BENNATI, M. C. C. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 64-9, jan./fev. 2002.

PATEL, K. A.; SHLUNDT, D. G. Impact of moods and social context on eating behavior. **Appetite**, v. 36, p. 111-118, 2001.

PEREIRA, M. F. Mudanças Estratégicas Em Organizações Hospitalares: uma abordagem contextual e processual. **Revista de Administração de Empresas**, v. 40, n. 3, p. 83-96, jul./set. 2000.

PHILIPPI, S. T.; LATERZZA, A. R.; CRUZ, A. T. R.; RIBEIRO, L. C. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 65-80, 1999.

PHILIPPI, S. T. Tendência no consumo alimentar. In: JORNADA GOIANA DE NUTRIÇÃO, 5., SEMINÁRIO DA FACULDADE DE NUTRIÇÃO UFG, 4., 2000, Goiânia. **Anais...** Goiânia, Universidade Federal e Faculdade de Nutrição, 2000. p. 44-50.

PICALUGA, I. F. Saúde e trabalho. In: IBASE. **Saúde e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982.

PIOLA, S. F.; RIBEIRO, J. A. C.; REIS, C. O. O. Financiamento das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, ano 51, n. 3, jul./set. 2000.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva do trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

- PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- POLIT, F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. 1993.
- POULAIN, J. P.; SAINT-SEVIN, B. **La restauration hospitalière**. Toulouse, France: Cristal, 1990.
- POULAIN, J. P. La modernité alimentaire: pathologie ou sociale? **Cahiers de Nutrition et de Diététique**, v. 33, n. 6, p. 351-358, 1998.
- POULAIN, J. P.; MURIEL, G. Jean-Marie. Nouvelles pratiques alimentaires et nouveaux produits, **La Revue H. R. C.**, oct. 1998
- POULAIN, J. P. Dossier: La construction du choix alimentaire. **La Revue**, p. 60-75, 1999.
- POULAIN, J. P.; TIBÈRE, L. Évolution des représentations nutritionnelles des jeunes seniors: 1966-1998. **Cahiers de Nutrition et de Diététique**, v. 35, n. 1, 2000.
- POULAIN, J. P.; DELORME, J. M.; GINESTE, M.; LAPORTE, C. Les nouveaux comportements alimentaires. **Appetite**, França, 1997. Disponível em: <<http://www.idealibrary.com>>. Acesso em: 19 nov. 2002.
- POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 245-256, jul./set. 2003.
- POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. C. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 4, p. 365-386, out./dez. 2003.
- PROENÇA, R. P. C. **Aspectos organizacionais e inovação tecnológica em processos de transferência de tecnologia**: uma abordagem antropotecnológica no setor alimentação coletiva. 1996. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.
- PROENÇA, R. P. C. **Inovação tecnológica na produção de alimentação coletiva**. Florianópolis: Insular, 1997. 135 p.
- PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – PNHAH. Disponível em <<http://www.humaniza.com.br>>. Acesso em: 22 abr. 2002.
- QUÉINNEC, Y.; DANIELLOU, F.; MARQUIÉ, J. C. Apports et place de l'analyse du travail dans la démarche ergonomique. **Performances humaines et techniques**, Toulouse, France, n. 60, p. 8-17, 1992.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 1992.
- RABELO, M. S. S.; VIEIRA, L. J. E. S.; SILVA, R. M. Riscos biológicos e ergonômicos em unidades de terapia intensiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 121-127, jan./abr. 2002.

RADUNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros**: o cuidar de si, e a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

REDE Intergerencial de Informações para a Saúde Ripsa. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Panamericana, 2002.

REINBERG, A.; MIGRAINE, C.; APFELBAUM, M.; BRIGANT, L.; GHATA, J.; VIEUX, N.; LAPORTE, A.; NICOLAI, A. Circadian and ultradian rhythms in the eating behavior and nutrient intake of oil refinery operators with shift work every 3-4 days. **Diabete & Metabolisme**, v. 5, p. 33-41, 1979.

REIS, M. A.; CUNHA, D. T. O.; GIL, M. F.; MOREIRA, M. A.; ANTUNES, M. J. C.; LEITE, O. S.; BRAGA, V. L. N. Trabalhadores da construção civil hipertensos: presença dos fatores de risco. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, 15., Brasília, DF. **Anais...** 1998.

RIBEIRO, E. M. Universalidade e singularidade no campo da saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** (PNHAH). Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.humaniza.org.br>>. Acesso em: 22 abr. 2002.

RIGAUD, D.; GIACHETTI, I.; DEHEEGER, J. M.; BORYS, J. M.; VOLATIER, A.; LEMOINE. Enquête française de consommation alimentaire I. Énergie et macronutrients. **Cahiers de Nutrition et de Diététique**, v. 32, n. 6, p. 379-389, 1997.

ROCHA, A. M. Fatores que influenciam a saúde da mulher que trabalha em enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 23, v. 23, n. 2, mar./abr. 1999.

RODRIGUES, M. S. P. **Enfermagem**: representação social das/os enfermeiras/os. 1998. 120 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

ROMIO, E. **500 Anos de Sabor. Brasil 1500-2000**. São Paulo: ER Comunicações, 2000. 248 p.

ROMON-ROUSSEAU, M.; DECLERQ, C.; DEMARCQ-LEIGNEL, V.; FRIMAT, P.; FURON, D. Enquête sur le comportement alimentaire des travailleurs postés d'une entreprise de verrerie du Pas-de Calais. **Archives des Maladies Professionnelles**, v. 46, p. 257-261, 1985.

ROOS, E.; PRÄTTÄLÄ, R. Meal Pattern and Intake Among Adult Finns. **Appetite**, v. 29, p. 11-24, 1997.

ROZIN, P. **Towards a psychology of food choice**. Bruxelas: Institut Danone, 1998.

RUTENFRANZ, J.; KNAUTH, P.; FISCHER, F. M. **Trabalho em turnos e noturno**. Tradução de Reinaldo Mestrinel. São Paulo: Hucitec, 1989. 135 p.

SALLES, R. K.; ZENI, L. A.; ASSIS, M. A. A.; DUTRA, A. R. A.; PROENÇA, R. P. C. Análise ergonômica do trabalho em turnos dos técnicos de enfermagem e a relação com o comportamento alimentar. In: ABERGO-2001, Gramado, RS. **Anais...** 2001. CD-ROM.

SANTOS, N.; FIALHO, F. A. P. **Manual de análise ergonômica do trabalho**. Curitiba: Gênese, 1995.

SANTOS, N. **Engenharia ergonômica do trabalho**. Florianópolis: PPGE/UFSC, 1998. (Mimeografado).

SGNAOLIN, C. **Incidência de obesidade em funcionários de uma cozinha industrial**. 1998. Monografia (Especialização em Terapia Nutricional) - Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 33, n. 1, p. 95-106, mar. 1999.

SHIRATORI, K.; FIGUEIREDO, N. M. A.; PORTO, F.; SILVA, C. S. I.; TEIXEIRA, M. S. O sentido de ser humano: uma base reflexiva para o cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 11, p. 212-216, 2003.

SILVA, F.; SALVADOR, N. T. M.; LENZI, Z. M. Sabor/saber: hábitos alimentares tradicionais no estado de Santa Catarina. In: SIMPÓSIO SUL-BRASILEIRO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: História, Ciência e Arte. 26-28 de abril 2000 Florianópolis-SC. **Anais...** 2000. p. 41-45.

SILVA, D. O. Ministério da Saúde, Sistema Nacional de Vigilância Alimentar: estudo multicêntrico de consumo alimentar em famílias e indivíduos no Brasil. **Workshop do Instituto Danone**, 15-16 maio, Florianópolis, SC, 1998. p. 49-72.

SILVA, V. E. F., KURGANT, P., QUEIROZ, V. M. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 603-614, out./dez. 1998.

SILVA, V. E. F.; MASSAROLLO, M. C. K. B. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 22, v. 22, n. 5, p. 283-286, set./out. 1998.

SIQUEIRA, M. M.; WATANABE, F. S.; VENTOLA, A. A. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 45-57, jan. 1995.

SOBAL, J. Sample extensive in qualitative nutrition education reserch. **Journal of Nutrition Education**, v. 33, n. 4, July/Aug. 2001.

SOUSA, A. A. **O trabalho do nutricionista e a gestão dos cuidados nutricionais**: um estudo antropológico em unidades de alimentação e nutrição hospitalares. 2001. Tese (Doutorado em Engenharia de produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

TONIAL, S. R. **Desnutrição e obesidade**: faces contraditórias na miséria e na abundância. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), 2001, 180 p. (Série Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, IMIP, n. 2).

VEIROS, M. B. **Análise das condições de trabalho do nutricionista na atuação como promotor de saúde em uma unidade de alimentação e nutrição: um estudo de caso.** 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

WADA, C. C. B. B. Saúde: determinante básico do desempenho. **Revista Alimentação e Nutrição**, São Paulo, n. 56, p. 36-38, 1993.

WAGNER, J. Os cenários do trabalho no Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 451-60, out./dez. 2003.

WATERHOUSE, J., MINORS, D., ATKINSON, G., BENTON, D. Chronobiology and meal times: internal and external factors. **British Journal of Nutrition**, v. 77, Supl. 1, n. S29-S38, 1997.

WILLETT, W. **Nutritional epidemiology**. New York: Oxford University Press, 1990.

WISNER, A. **A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia**. São Paulo: Fundacentro, 1994.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho: ergonomia: método e técnica**. São Paulo: FTD/Oboré, 1987.

WITSCHI, J. C. Short-term dietary recall and recording methods. In: WILLETT, W. (Ed.). **Nutritional Epidemiology**. New York. Oxford University Press, 1990. p. 52-68.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Energy and proteins requirements**. Geneve: FAO/OMS/UNU, 1985. 220 p. (Technical Report series 724).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Study group on diet, nutrition and prevention of chronic Diseases**; 1989; Geneve: World Health Organization, 1990. (WHO-Technical Report series 797).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of WHO consultation on obesity. Geneve: WHO, 1998.

ZUCCHI, P.; NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em Saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 125-147, 1998.

## GLOSSÁRIO

### Definição dos Termos Utilizados na Pesquisa

✓ **Gestão Humanizada:** consiste num modelo de gerenciar uma organização pautada nos princípios da humanização. “Humanização em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano”. É adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde (Campos, 2002).

✓ **Ergonomia:** Segundo a International Ergonomics Association (IEA) “A ergonomia é o estudo científico da relação entre o homem e seus meios, métodos e espaços de trabalho. Seu objetivo é elaborar, mediante a contribuição de diversas disciplinas científicas que a compõe, um corpo de conhecimentos que, dentro de uma perspectiva de aplicação, deve resultar em uma melhor adaptação ao homem dos meios tecnológicos e dos ambientes de trabalho e de vida” (Santos, 1998, p. 10).

✓ **Análise Ergonômica do Trabalho:** Para avaliar as condicionantes impostas por uma determinada situação de trabalho a ergonomia se vale de uma metodologia sistematizada com variáveis pertinentes constituindo o que foi denominado de Análise Ergonômica Do Trabalho (AET). Esta metodologia comporta três etapas de importância e dificuldades diferentes: análise da demanda; análise da tarefa e análise da atividade. Essas etapas consistem em levantamentos de dados junto aos atores sociais da situação de trabalho analisada, possibilitando as etapas seguintes: diagnóstico e posteriormente recomendações (Wisner, 1994).

✓ **Demanda:** Esta fase constitui a etapa de familiarização com a empresa, o sistema de produção e os critérios de bom funcionamento. Dentro desse contexto busca-se identificar os critérios que não estão sendo alcançados, uma vez que os mesmos justificam a intervenção ergonômica. A partir daí, define-se o problema a ser investigado em conjunto com os atores sociais envolvidos (individuais e coletivos), levantando-se os primeiros dados da situação de trabalho (Wisner, 1994).



✓ **Tarefa:** De acordo com Guérin et al. (1997) tarefa é um conjunto de objetivos impostos aos operadores auxiliado por um conjunto de prescrições elaborados por uma dada empresa para atingir seus objetivos.

✓ **Atividade:** De acordo com Montmollin (1990) a atividade é um processo complexo, original e dinâmico, que busca dar forma à tarefa num processo contínuo de transformação. A atividade é a encenação real da tarefa, onde identificamos como o trabalhador elabora e executa as informações a partir dos seus conhecimentos sobre os componentes do sistema. É notável a capacidade que o trabalhador tem de modificar a tarefa induzida, diante de imprevistos e condicionantes impostos pelo trabalho transformando-a em tarefa atualizada. Segundo o autor esta capacidade supera a concepção de atividade como simples realização da tarefa.

✓ **Condições de trabalho:** engloba tudo que influencia o próprio trabalho. Considerando não só o posto de trabalho e seu ambiente como também as relações entre produção e salário: duração da jornada; horário; alimentação; serviço médico; transporte (Wisner, 1987).

✓ **Comportamento Alimentar:** Estão incluídos nesta definição aspectos subjetivos do comportamento alimentar e a sua dimensão psicológica. Dentro desta perspectiva, o comportamento alimentar, são procedimentos relacionados às práticas alimentares de grupos humanos associados a atributos sócios culturais, ou seja, aos aspectos subjetivos individuais e coletivos relacionados ao comer e a comida (Garcia, 1999).

✓ **Padrão Alimentar:** É denominado de padrão alimentar, o conjunto ou grupos de alimentos, consumidos por uma dada população, obtida através de inquéritos alimentares ou de outros métodos (Garcia, 1999).

✓ **Técnicos de Enfermagem:** São Profissionais da Equipe de Enfermagem com Nível de Formação Profissionalizante, que tem como principais atribuições: participar da passagem de plantão; ministrar medicamentos e controlar os estoques de medicamentos; obter sinais vitais; fazer procedimentos como: curativos, tapotagem, controle de diurese, lavagem intestinal, nebulizações; auxiliar nos cuidados pessoais, executar e checar as prescrições médicas; acompanhar o paciente para exames, realizar cuidados pós-morte, entre outros (Cofen/Corens – 160/93).

## **APÊNDICE**

**Apêndice A:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATRINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é **Raquel Kuerten de Salles**, professora do Departamento de Nutrição da UFSC e aluna do doutorado do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção dessa universidade. Estou desenvolvendo a pesquisada intitulada “Análise da atividade laboral dos técnicos de enfermagem de um hospital que adota um programa de gestão humanizado: sua influência no comportamento alimentar”, com o objetivo de conhecer o impacto que esta forma de gestão tem no padrão alimentar desses trabalhadores.

Para alcançar tal objetivo, os técnicos de enfermagem serão entrevistados sobre questões relacionadas com os temas de “Humanização” e de “Comportamento Alimentar”. Serão coletados dados de identificação e medidas antropométricas. Estes procedimentos não oferecerão qualquer risco ou desconforto.

Esperamos poder contribuir a partir dos resultados, com medidas que visem a humanização das condições de trabalho. Caso tenha alguma dúvida em relação a pesquisa ou não quiser fazer mais parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone 2332783 e com a coordenadora da pesquisa (profª Raquel).

Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e serão usadas somente nesse trabalho.

Raquel Kuerten de Salles

#### Consentimento Pós-Informação

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido sobre a pesquisa “Análise da atividade laboral dos técnicos de enfermagem de um hospital que adota um programa de gestão humanizado: sua influência no comportamento alimentar”, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2003.

Assinatura \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

## **Apêndice B: Questionário Aplicado aos Técnicos de Enfermagem**

### **Aspectos Socioculturais da Alimentação**

**Título do Estudo: ANÁLISE DA ATIVIDADE LABORAL DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL QUE ADOTA MODELO DE GESTÃO HUMANIZADO: SUA INFLUÊNCIA NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR.**

**Doutoranda:** Raquel Kuerten de Salles

**Orientadora:** Rossana Pacheco da Costa Proença, Dra.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2003.

### **1. Dados Gerais do Sujeito da Pesquisa**

Nome \_\_\_\_\_ Unidade \_\_\_\_\_  
 Turno \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Tempo de Serviço HU \_\_\_\_\_ Tempo de Serviço na  
 Unidade \_\_\_\_\_  
 Modelo de contrato \_\_\_\_\_  
 Outro vínculo Empregatício \_\_\_\_\_ Qual \_\_\_\_\_  
 Outra Atividade Regular \_\_\_\_\_ Qual \_\_\_\_\_  
 Presença de doença \_\_\_\_\_ Qual \_\_\_\_\_  
 Queixas \_\_\_\_\_ Qual \_\_\_\_\_

## 2. Avaliação do Estado Nutricional

- **Peso Atual** \_\_\_\_\_ **Peso Usual** \_\_\_\_\_ **Peso Desejado** \_\_\_\_\_
- **Peso Teórico** \_\_\_\_\_ **Altura** \_\_\_\_\_ **IMC** \_\_\_\_\_
- **Diagnóstico Nutricional** \_\_\_\_\_

### Perguntas Norteadoras

1. O que é para você ser um técnico de enfermagem?
2. O que você entende por um hospital humanizado?
3. Como você se alimenta em casa?
4. Como você se alimenta no trabalho?

### Guia da Entrevista

#### Aspectos do Comportamento Alimentar:

##### A) Se alimentando em casa

- Quantas refeições você realiza normalmente
- Costuma beliscar entre as refeições e o que
- Local que realiza as refeições em casa
- Costuma se alimentar em companhia de alguém
- Como considera sua alimentação?
- Como você escolhe seus alimentos ? (Gosto, Preço, Valor Nutritivo)
- Quem prepara as refeições

**B) Se alimentando no trabalho**

- Quais as refeições que você realiza no trabalho
- Nos plantões você come a alimentação do hospital
- Gosta da alimentação oferecida
- Faz pausa para se alimentar, o que costuma comer
- Onde você realiza as refeições
- Acha o tempo do intervalo e o local adequado
- Faz a refeição sozinho ou acompanhado
- O que você considera agradável na hora da alimentação
- Costuma beliscar, onde, e o que
- Como você considera a sua alimentação no serviço
- Existem opções para se alimentar próximo ao local do trabalho

**Atividades desenvolvidas no trabalho X comportamento alimentar**

- Ocorreu alguma alteração no seu hábito alimentar nos últimos tempos
- O que você ressalta em termos de mudanças
- Você relaciona com algum fato as modificações na alimentação
- O hospital valoriza as questões relacionadas com sua alimentação

**Apêndice C:** Dados da Análise Ergonômica de uma Unidade de Internação na França Utilizando o Programa KRONOS.



## **Observation d'une aide-soignante du matin en chirurgie générale**

### **Contexte**

Le jour de l'observation de l'aide soignante, un mardi, il y avait 13 malades à 7 heures de matin et 11 malades à 14 heures 30. Pendant la journée est arrivée une patiente et 3 sont partis.

Le nombre de personnes de l'équipe : 2 infirmières, 3 aides-soignantes ,1 cadre, 1 secrétaire et 1 stagiaire.

La dépendance des malades :

- degré 4 ( aide de plusieurs personnes pour les manipulations et/ou interventions de soins nombreuses et rapprochées) : 0

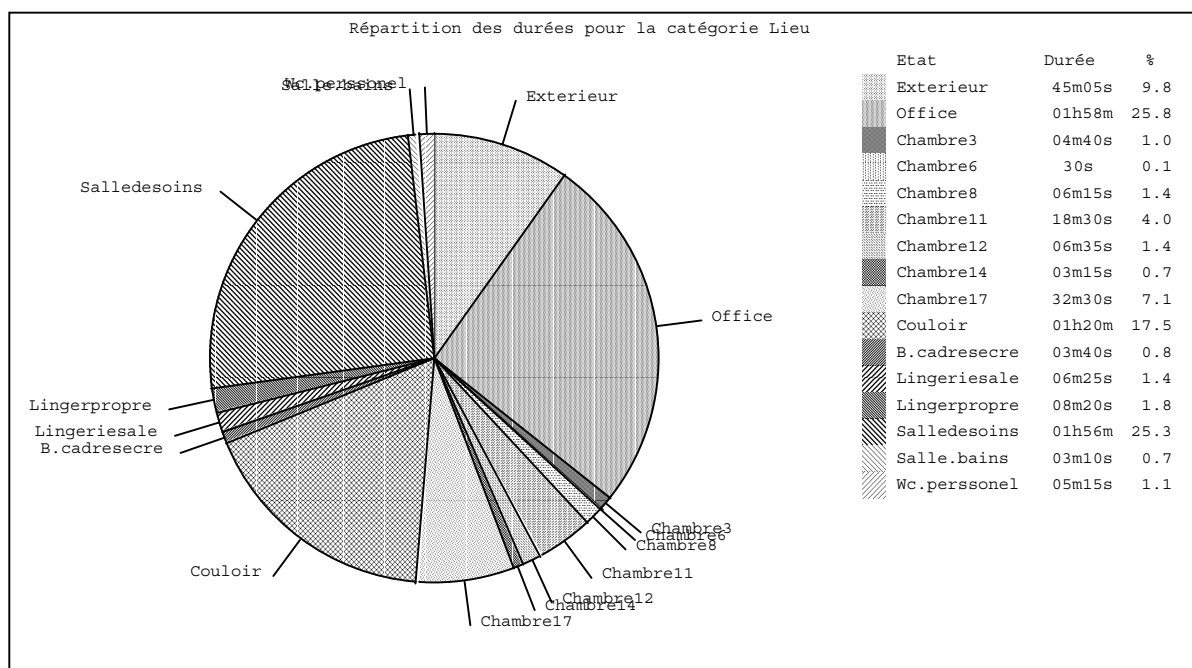
- degré 3 ( aide totale nécessitant 2 personnes ) : 4

- degré 2 ( aide partielle par 1 personne ) : 0

- degré 1 ( autonomie) : 7

Parmi les principales pathologies, il faut souligner : ulcère perforé, occlusion intestinale, tumeur temporale, éventration, plastie abdominale et plastie mammaire, occlusion intestinale, fistule. Il y a une très grande variété de situations chirurgicales.

## Temps passé dans les différents lieux:



L'aide-soignante passe 15,7% de son temps dans les chambres des patients, en 41 épisodes. La durée maximale d'un séjour dans une chambre est de 11 minutes. Il n'y a pas de sectorisation des malades entre les deux aides-soignantes. La réfection des lits, la surveillance des malades qui arrivent du bloc opératoire sont réalisées ensemble, par les deux AS.

Certains patients étant plus dépendants que d'autres, le nombre d'entrées et de séjours dans les chambres sont différents. La durée des séjours dans les chambres est liée à la sortie du service 3 patientes au cours de cet période de travail. Ceci a entraîné la nécessité de faire le ménage plus détaillé de la chambre, ce qui demande plus de temps, mais ne concerne pas le malade déjà sorti, est n'est donc pas lié à plus d'échanges ou d'information au patient.

L'AS passe 25,2% de son temps dans la salle de soin, lieu de transmission entre les équipes soignantes et de consultation des dossiers des patients.

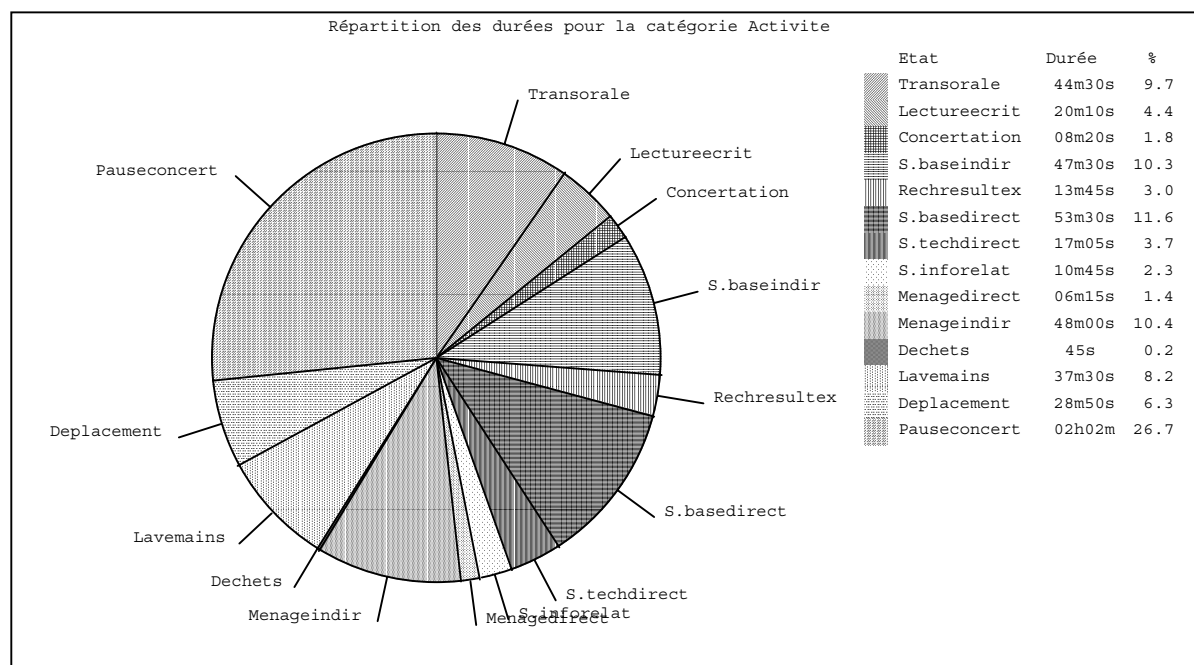
L'AS travaille beaucoup de temps dans le couloir sur des chariots (repas, linge). Elle se déplace très fréquemment d'un bout à l'autre du service. S'y

ajoute l'activité de concertation dans le couloir avec ses collègues et le lavage des mains, réalisé dans un lavabo situé dans le couloir près du poste de soin. Au total, elle passe 17,5% de son temps dans le couloir.

Elle passe la majorité, de sa journée de travail dans l'office alimentaire, 25,9%. Ce temps est en relation avec la préparation de l'alimentation et la vérification ou le remplissage des dossiers alimentaires des malades ainsi que la commande informatique des repas. Ce lieu est aussi utilisé pour sa propre alimentation avec ses collègues.

Pour régler des problèmes d'organisation du service, l'AS est occupée à des déplacements à l'extérieur du service pour 9,8% de son temps de travail, en 5 épisodes. Cette activité, dont la durée n'est pas prise en considération dans ses tâches prescrites et ne lui est pas officiellement confiée, mais elle est indispensable à la suite du travail de toute l'équipe. Ce temps de travail, pourrait être occupé directement avec les malades pour évaluer leurs besoins plus globalement, en fonction de leur culture et de leur histoire personnelle professionnelle et médicale (Virginia Henderson). Ce temps pourrait être mieux employé, à l'occasion des choix de menus, à réaliser auprès d'eux de l'éducation nutritionnelle, dont l'importance en santé publique est généralement admise. Les déplacements pour l'extérieur prennent un temps important au détriment des tâches plus en relation avec le métier de soins de santé.

## Temps passé aux différentes activités



Les soins de base directs occupent 11,6 % du temps de travail de l'aide-soignante et les soins techniques directs 3,7 %. L'activité de réfection des lits est celle qui demande plus le de temps aux AS du matin. D'autres activités qui seraient fondamentales au cours d'une hospitalisation, telles l'éducation aux habitudes de vie favorables à la santé, ne sont pas possibles à réaliser par manque de temps.

La transmission orale et l'activité de lecture et écriture sur les dossiers des malades occupent 11,7 % du temps. C'est l'activité qui a eu lieu majoritairement dans la salle de soin, simultanément avec d'autres personnes.

La concertation, supplémentaire répartie en échanges brefs tout au long de la journée et en divers lieux, occupe 1,5 % de son temps.

L'AS se lave les mains et/ou met des gants 26 fois. Cette activité occupe environ 8,2% de sont temps, car elle respecte un protocole de lavage prolongé et soigneux, à chaque occasion. Mais elle ne peut réaliser le lavage théorique à chaque entrée et sortie de chambre, puis qu'elle y est entrée 41 fois.

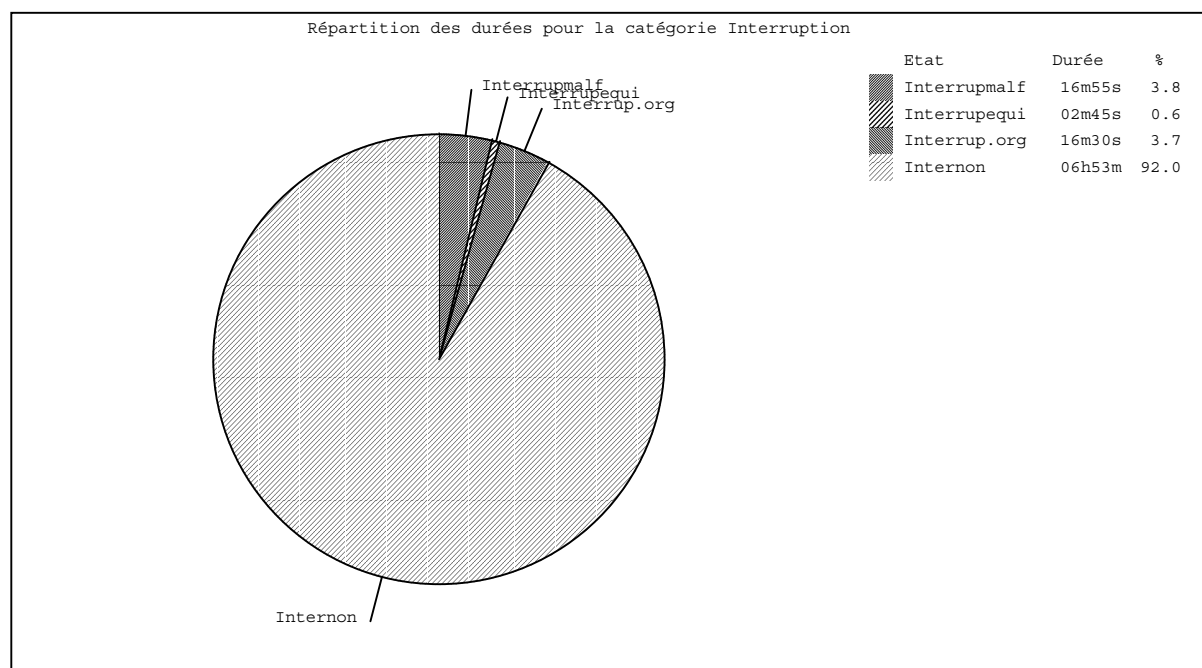
Les activités de base indirectes occupent 10,3 % du temps. Il s'agit de la préparation des repas et du ramassage des plateaux, pour la partie de rangement réalisée dans le couloir. Il s'agit aussi de la préparation des chariots de linge et de l'évacuation du linge sale. Cet ensemble d'actes est réalisé hors de la présence des malades.

L'AS a peu l'opportunité de rester à écouter et rassurer certains patients, elle est celle qui fait la majorité des courses à l'extérieur. Elle a cependant l'occasion de quelques moments de relation pure sans lien direct avec l'explication d'un soin en cours pour un total de 1,8 % de son temps en 3 épisodes. La durée maximale d'un épisode a été de 4 min 15 sec.

Le ménage dans une chambre où est un patient occupe 1,4 % de son temps. Mais le ménage hors de la présence des patients occupe 10,4 % de son temps.

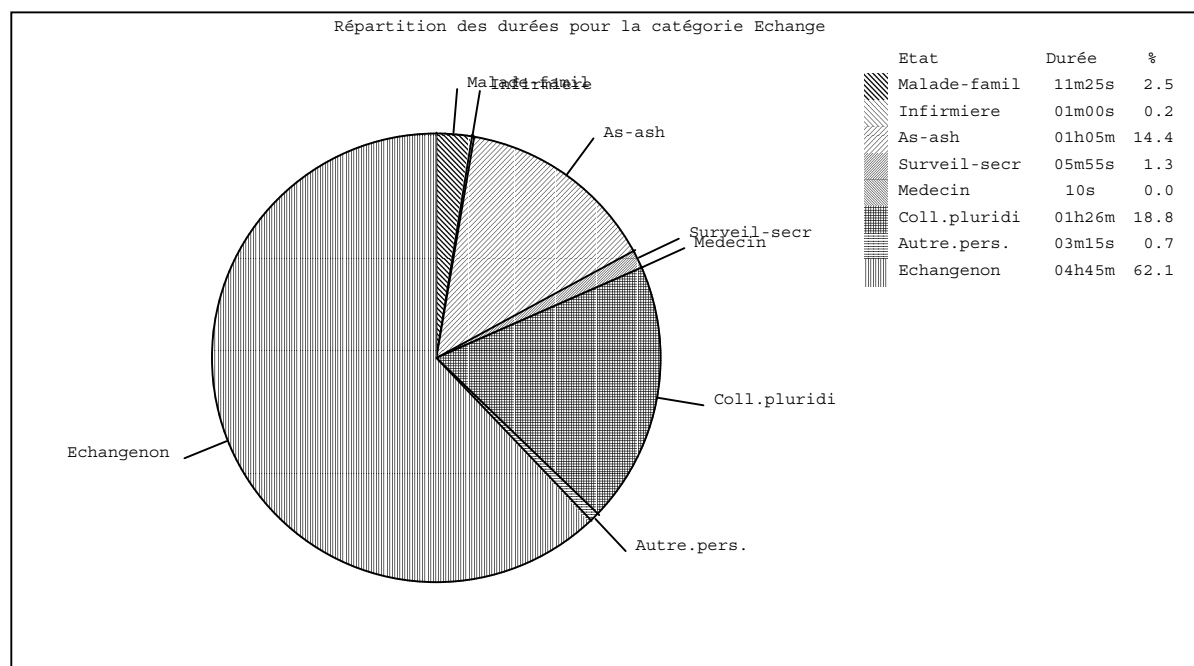
Le repas personnel et les pauses occupent 26,7% de son temps, en 10 épisodes. Mais ces périodes sont des moments très intéressants parce que, une partie du temps, l'AS parle des malades et des situations de travail. La première pause a lieu 2 heures 17min après sa prise de poste. Chaque soignant ayant vu les malades une fois, il est important de se concerter pour réorganiser les priorités et partager les impressions sur l'état psychologique des malades. Et, pourquoi pas avec un café. Il y a un échange d'expériences et un support moral entre les membres de l'équipe. Ces épisodes de relations personnelles riches, certainement contribuent à un esprit d'équipe qu'il est possible de percevoir, même à un ergonome étranger.

## Temps passé en interruptions



Environ 10% du temps de travail sont consacrés aux interruptions. Les interruptions liées aux malades représentent 0,8% des arrêts de l'activité en cours. Le nombre d'interruptions a été assez peu fréquent, 14 fois. Les interruptions pour faire des activités de soins directs urgents, sont un type d'interruption peu évitable. Par contre, le temps lié à des interruptions relatives à des défauts d'organisation occupe, malheureusement 5,7% du total des interruptions et certainement une grande part serait évitable. Ceci serait important car les interruptions peuvent augmenter le risque d'erreur, parce que beaucoup des activités exigent de la concentration de la part des soignants. De plus, la continuité des soins permet une meilleure qualité technique et relationnelle que lors d'un travail haché.

## Temps passé aux échanges parlés avec les différents interlocuteurs



La pénibilité physique de certaines tâches auprès de malades dépendants oblige à peu parler. Mais pour les autres tâches elle parle un peu avec les malades, 2,5% de son temps et en épisodes très courts environ de 30 sec., pendant toute la journée en 19 épisodes de paroles avec les patients. Normalement, il y a beaucoup de chose à faire elle parle avec les patients et elle réalise d'autres activités simultanées. Par contre la contrainte de temps peut influencer cette situation, mais aussi l'absence de binôme infirmière –AS et de sectorisation qui permettrait de mieux savoir ce qu'il est possible ou non de dire. Le climat général est peu propice à un investissement relationnel des AS.

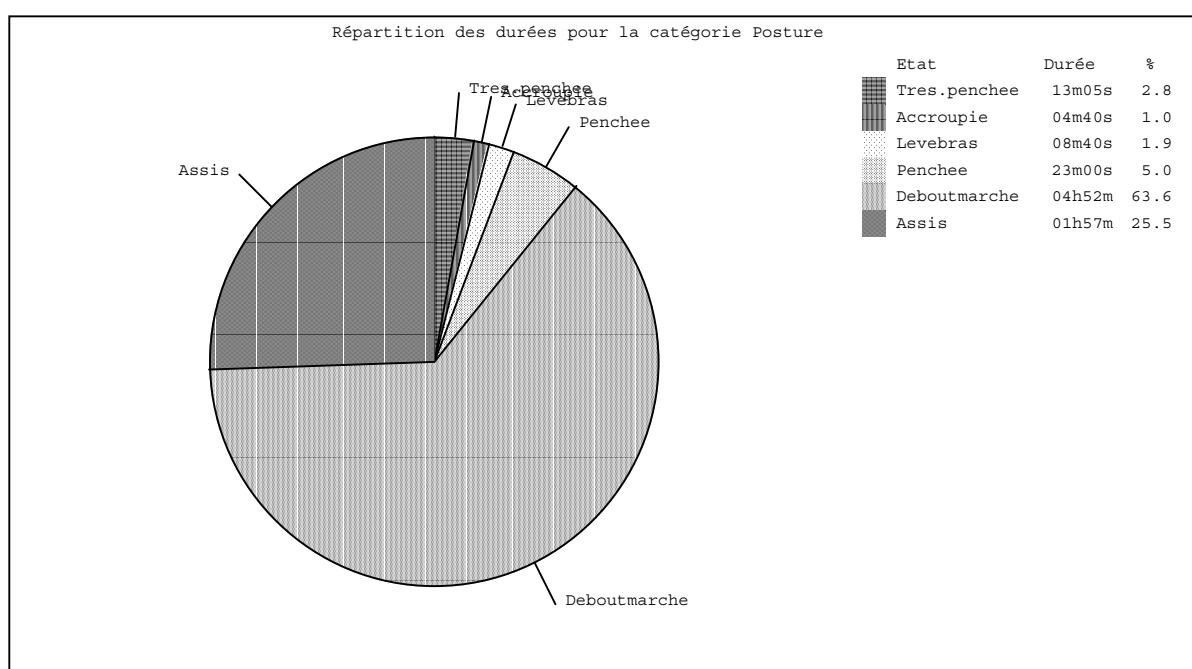
La communication personnelle entre les travailleurs et les patients est très importante pour transformer une ambiance adverse en un lieu plus familial, et pour contribuer, à l'adaptation du malade.

La transmission en début de poste est l'occasion d'un échange pluridisciplinaire, mais l'AS écoute surtout. Malheureusement, parce que les échanges avec les malades permettent de recueillir des informations précieuses sur

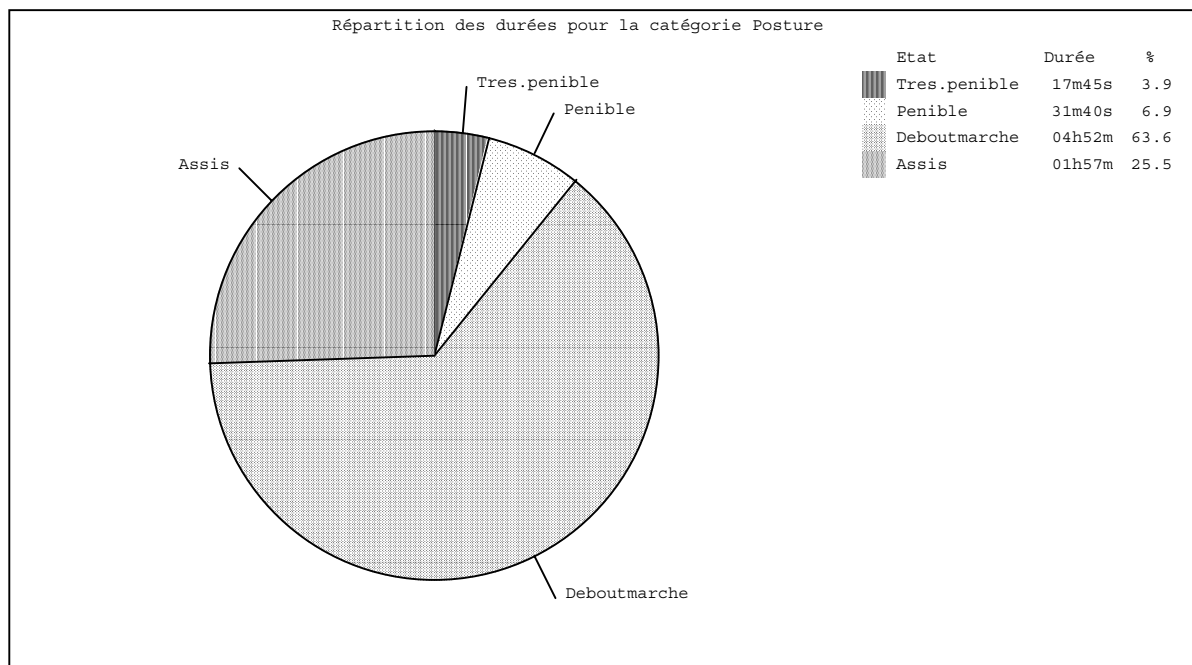
les désirs, les appréhensions et les faiblesses des patients. Ces informations sont très utiles pour bâtir le projet thérapeutique de ces personnes à leur sortie de l'hôpital, mais il est regrettable que ces épisodes de relation riches soient peu valorisés. La fin de la journée est très fatigante, et les contraintes familiales ne permettent pas de dépasser son horaire de travail normal. De ce fait que ce moment, trop court officiellement, manque de valorisation. De plus, il y a une ambiance peu favorable, le lieu manque de place pour se assoier, cet forme tous les infirmière parlent des patientes de forme vite et plus objective et l'AS restent début a écouter. Finalement, l'AS est partie à 14:30 min.

Elle se concerte avec ses collègues de même grade (AS, élève AS), mais aussi avec l'infirmière dans le cadre des échanges collectifs.. Pendant 16,7% de son temps elle se concert avec le collectif et 10,2 % avec l'autre aide soignante. La relation est plus simple et directe quand elle parle avec ses collègues de même grade.

### Répartition du temps dans les différentes postures de travail:





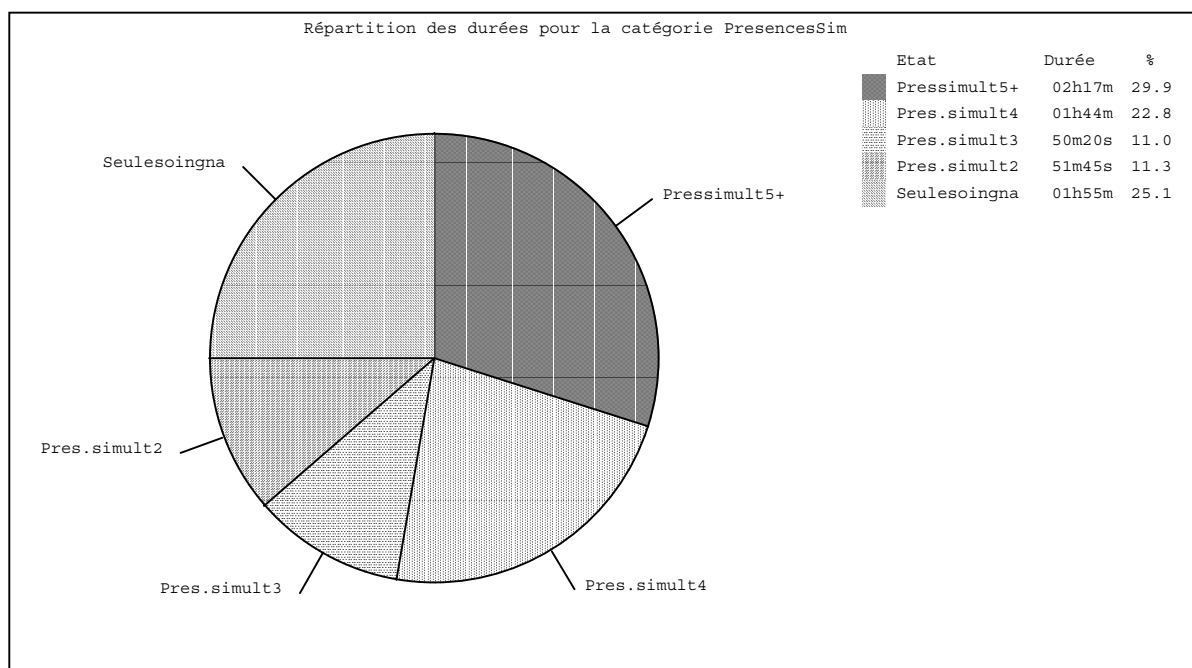


La durée des postures très pénibles ( accroupie, bras en l'air ou très penchée) prises par l'aide-soignante est relativement faible 3,9 %. S'y ajoute 5,0 % temps passé en posture penchée. Mais le nombre de posture pénibles ou très pénibles est élevé (96) et tous les mouvements son réalisée très vite, les changements de posture, de durée moyenne de 25 sec .Le risque de troubles musculo -squelettiques est important.

Par contre pendant la journée elle reste debout 63,6 % de son temps, et marche très vite pour faire tout son travail. L'ensemble est fatigant.

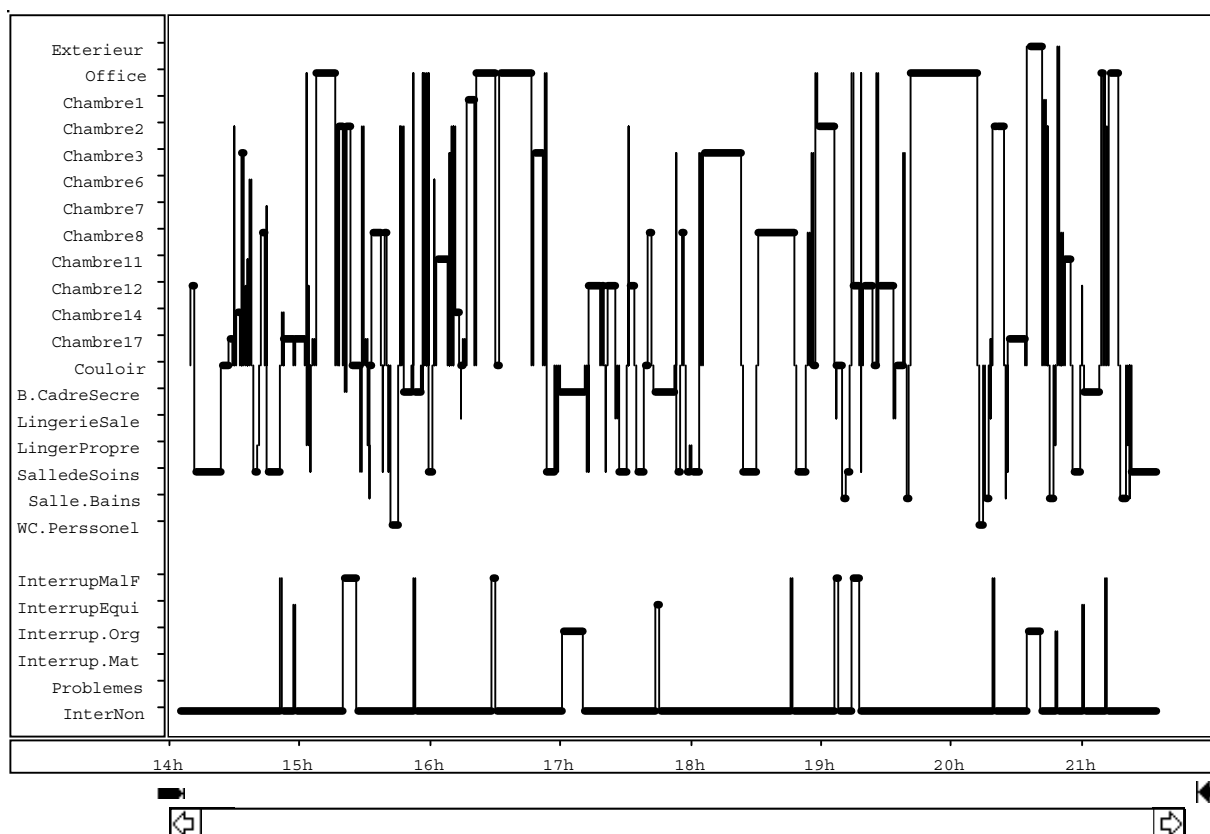
La quasi totalité du temps où l'AS reste assise, c'est pour s'alimenter, et aussi pour s'occuper du travail de préparation en lien avec l'alimentation des patients, mais hors de leur présence.

## Répartition de durées pour la présence



La minorité de son temps elle reste seule (25,1%). Par contre pendant 74,9 % elle reste avec d'autres collègues, AS et IDE, dont 52,7 % avec 4 personnes ou plus. Parce que pendant les heures du matin il y a une diversité d'activités relative aux malades se réalisant à plusieurs ou dans des lieux où travaillent simultanément d'autres collègues. La présence simultanée de beaucoup de personnes dans la chambre au même temps peut être influencée la relation personnel avec le malade parce qu'il parle peu avec eux et parle plus avec son collègue.

## Graphique de distribution de Lieux e Interruption



L'interruptions a été occurrir de forme distribue par tout la journée de travail.

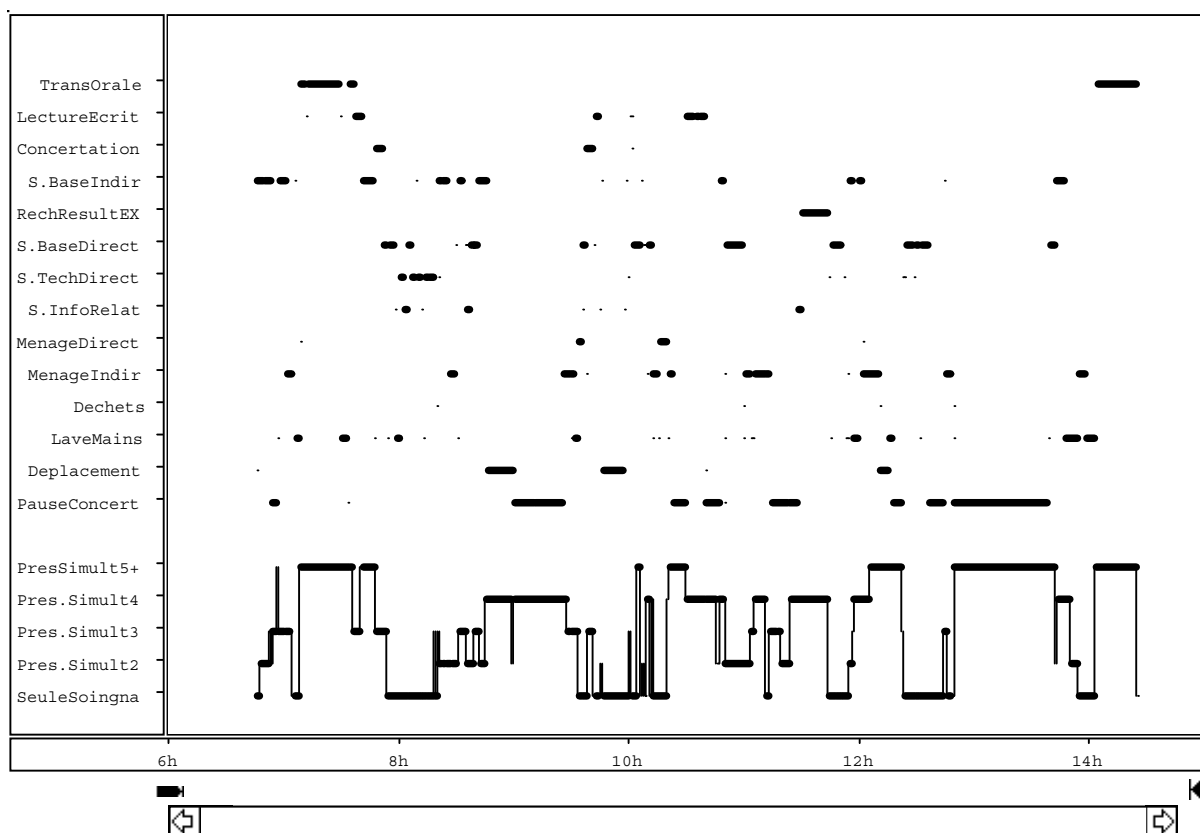
L'interruptions organisationnelles a exigé la sortie d'AS de la clinique chirurgicale, aussi comme les interruptions pour problème. Cette situation a imposé 8,5% de sa journée de travail hors de sa unité.

Toutes interruptions de cet ordre a pu débarrasser pour notre professionnel, peut-être la secrétaire qui est présente dans ces heures.

Par contre le déplacement pour l'extérieur peu représente pour le travailler une forme de changement de routine de travail et de distraction..

La plus grande interruption a été pour question organisationnelle, pour demande dans le laboratoire le résultat de l'examen de patiente qui demande 2 fois son déplacement.

## Graphique de distribution Activité et Présence Simultané



C'est possible regarder que l'activité de pause concertation tous le fois a été réalisée ensemble d'autres personnes . Cet situation pet être occurrent pour l'importance sociale do repas, pendant les doux période de plus temps a été associer , le lanche de après- midi et le déjeuner.

L'activité de lecture et de écriture a été réaliser normalement en présence de l'autres collègues, pendant les heures de transmission. Possiblement cet'une forme de utiliser meilleur le temps a destine a cet moment. une fois que rien ou pet être rien le est demande.

L'activité de techniques de base directe normalement a été réalisée seule, une exemple de soin est faire de poid des malades.

De tout façon est très important faire la discussion avec la équipe d'importance de tourne cet moment vraiment collective pour améliorer les informations sur les malades et les soins a lui .

## **Observation d'une aide-soignante d'après-midi en chirurgie générale**

### **Contexte**

Le jour de l'observation de l'aide-soignante, un lundi, il y avait 12 malades à 14 heures de l'après-midi et 17 malades à 21 heures.

Le nombre de personnes de l'équipe a été : 2 infirmières, 2 aides-soignantes et 1 stagiaire.

Le lundi après-midi, sont revenus du bloc opératoire deux patients ayant eu une intervention chirurgicale. Trois patients sont entrés pour la préparation d'une intervention programmée. Dépendance des malades :

- degré 4 ( aide de plusieurs personnes pour les manipulations et/ou interventions de soins nombreuses et rapprochées) : 0

- degré 3 ( aide totale nécessitant 2 personnes ) : 4

- degré 2 ( aide partielle par 1 personne ) : 4

- degré 1 ( autonomie) : 9

1 patients a plus de 75 ans et les autres sont adultes.

Parmi les principales pathologies, il faut souligner:ulcère perforé, chirurgie de saphène, hernie inguinale, pose de pompe à insuline, gastroplastie, cancer du colon, éventration, plastie abdominale, occlusion, lipo-aspiration. On observe une très grande variété de situations d'hospitalisation.

### **Temps passé dans les différents lieux:**

L'AS passe 35,3% de son temps dans les chambres des patients, en 64 épisodes. Il n'y a pas de sectorisation des malades entre les deux aides-soignantes. La réfection des lits, la surveillance des malades qui arrivent du bloc opératoire sont réalisés ensemble, par les deux AS.

Certains patients étant plus dépendants que d'autres, le nombre d'entrées et de séjours dans les chambres sont différents.

L'AS passe 17,2% de son temps dans la salle de soin, lieu de transmission entre les équipes soignantes et de consultation des dossiers des patients.

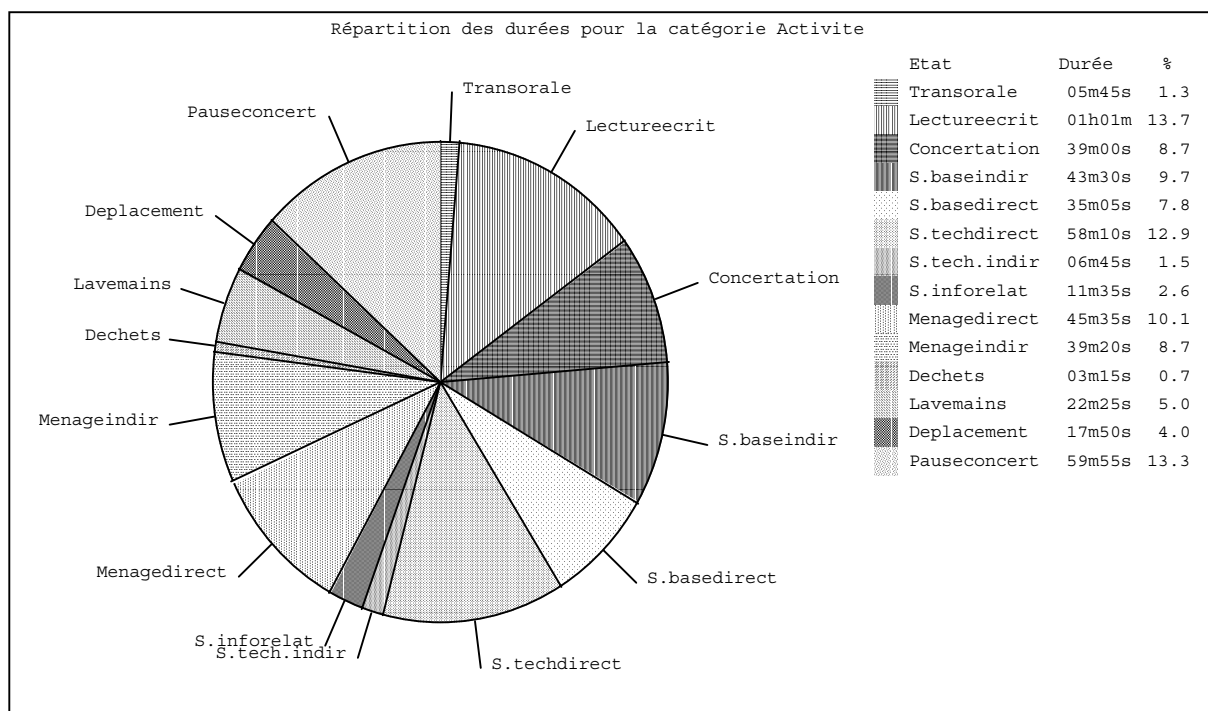
L'AS travaille beaucoup de temps dans le couloir sur des chariots (repas, linge). Elle se déplace très fréquemment d'un bout à l'autre du service. S'y

ajoute l'activité de concertation dans le couloir avec ses collègues et le lavage des mains, réalisé dans un lavabo situé dans le couloir près du poste de soin. Au total, elle passe 13,8% de son temps dans le couloir.

Elle passe environ 17 % de sa journée de travail dans l'office alimentaire. Ce temps est en relation avec la préparation de l'alimentation des malades et sa propre alimentation.

Le bureau de la surveillante et de la secrétaire est occupé par l'AS seule pendant 8,5% de son temps de travail. L'inexistence d'une secrétaire dans la période d'après-midi oblige l'AS à faire elle-même la saisie informatique des coordonnées des patients qui arrivent dans l'unité pendant cette période, avec l'ordinateur situé dans ce bureau. En effet, cette saisie est indispensable pour pouvoir faire la demande d'alimentation pour les nouveaux patients. Cette activité, dont la durée n'est pas prise en considération dans ses tâches prescrites et ne lui est pas officiellement confiée, mais elle est indispensable à la suite de son travail. Ce temps de travail, pourrait être occupé directement avec les malades pour évaluer leurs besoins plus globalement, en fonction de leur culture et de leur histoire personnelle professionnelle et médicale (Virginia Henderson). Ce temps pourrait être mieux employé, à l'occasion des choix de menus, à réaliser auprès d'eux de l'éducation nutritionnelle, dont l'importance en santé publique est généralement admise. Les tâches administratives prennent un temps important au détriment des tâches plus en relation avec le métier de soins de santé.

## Temps passé aux différentes activités



Les soins de base direct occupent 7,8 % et les soins techniques directs 12,9 % du temps de travail de l'aide-soignante. L'activité de rasage des patients préalablement à l'intervention chirurgicale est celle qui demande plus de temps aux AS. D'autres activités qui seraient fondamentales au cours d'une hospitalisation, telles l'éducation aux habitudes de vie favorables à la santé, ne sont pas possibles à réaliser par manque de temps.

La transmission orale et l'activité de lecture et écriture sur les dossiers des malades occupent 15 % du temps. C'est l'activité qui a eu lieu majoritairement dans la salle de soin, simultanément avec d'autres personnes.

La concertation, supplémentaire répartie en échanges brefs tout au long de la journée et en divers lieux, occupe 8,7% de son temps.

L'AS se lave les mains 9 fois et met des gants 11 fois. Cette activité occupe environ 5% de son temps, car elle respecte un protocole de lavage prolongé

et soigneux, à chaque occasion. Mais elle ne peut réaliser le lavage théorique à chaque entrée et sortie de chambre, puis qu'elle y est entrée 64 fois.

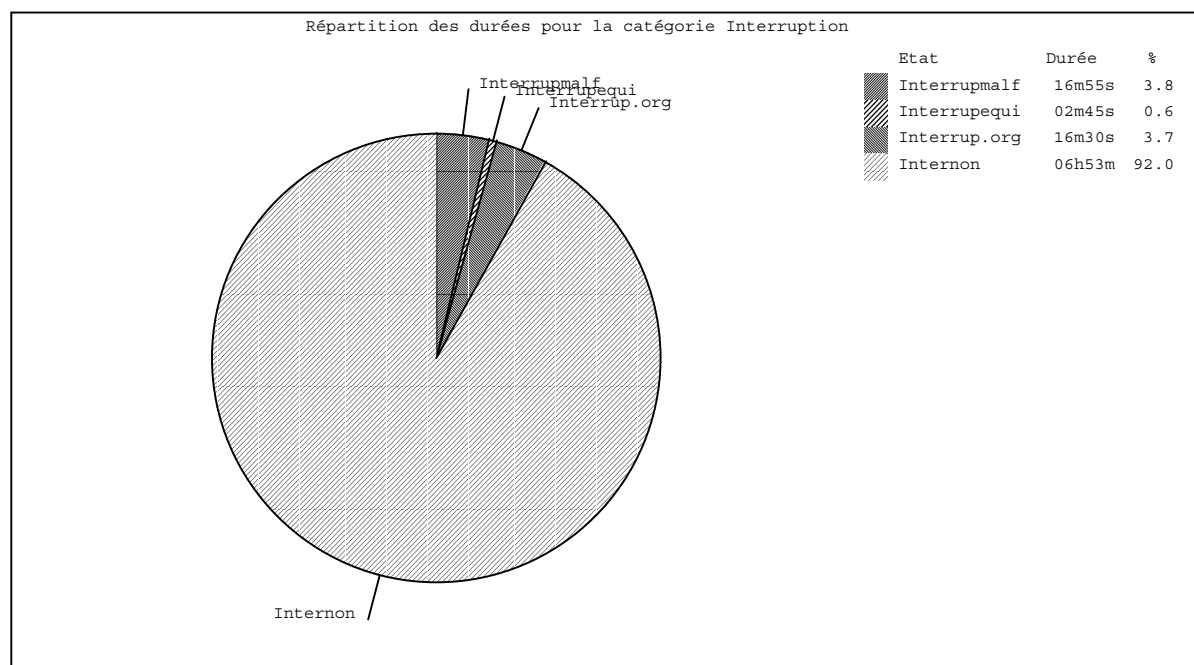
Les activités de base indirectes et technique indirect occupent 11,2% du temps. Il s'agit de la préparation des repas et du ramassage des plateaux, pour la partie de rangement réalisée dans le couloir. Il s'agit aussi de la préparation des chariots de linge et de l'évacuation du linge sale. Cet ensemble d'actes est réalisé hors de la présence des malades.

L'AS se permet de rester à écouter et rassurer certains patients, lorsque leur demande est forte et qu'il n'y a pas de tâches à horaire impératif à respecter.

L'AS reste 13,3% de son temps en pause concertation. Le repas personnel occupe 10% de cet temps, en trois épisodes. Mais ces périodes sont des moments très intéressants parce que, la plus part du temps, l'AS parle des malades et des situations de travail. La première pause a lieu 1 heure 30 min après sa prise de poste. Chaque soignant ayant vu les malades une fois, il est important de se concerter pour réorganiser les priorités et partager les impressions sur l'état psychologique des malades. Et, pourquoi pas avec un café. Il y a un échange d'expériences et un support moral entre les membres de l'équipe. Ces épisodes de relations personnelles riches, certainement contribuent à un esprit d'équipe qu'il est possible de percevoir, même à un ergonome étranger.

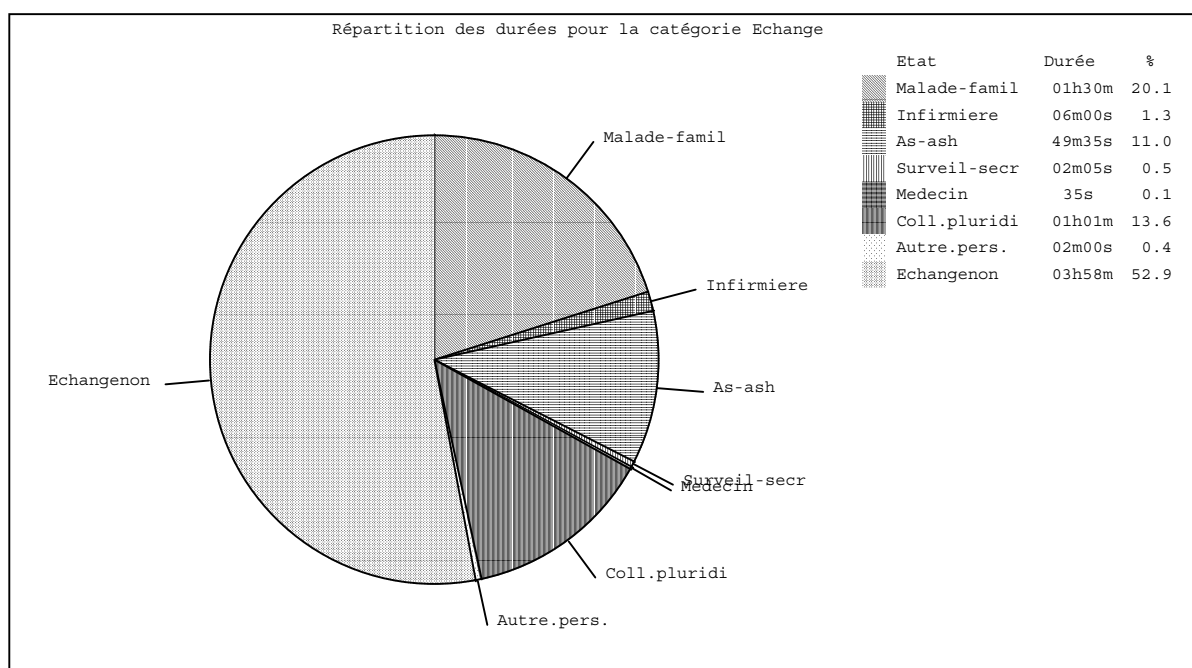


## Temps passé en interruptions



Environ 8 % du temps de travail sont consacrés aux interruptions. Les interruptions liées aux malades représentent 3,8% des arrêts de l'activité en cours. Le temps que chaque interruption liée aux malades occupe est court, environ 2 min., et le nombre d'interruptions a été assez peu fréquent, 9 fois. Normalement les interruptions sont pour faire des activités de soins directs urgents. Ce type d'interruption est peu évitable. Par contre, le temps lié à des interruptions relatives à des défauts d'organisation occupe malheureusement le même temps, or une grande part serait évitable. Ceci serait important car les interruptions peuvent augmenter le risque d'erreur, parce que beaucoup des activités exigent de la concentration de la part des soignants. De plus, la continuité des soins permet une meilleure qualité technique et relationnelle que lors d'un travail haché.

## Temps passé aux échanges parlés avec les différents interlocuteurs.



La pénibilité physique de certaines tâches auprès de malades dépendants oblige à peu parler. Mais pour les autres tâches elle parle beaucoup avec les malades et les familles. Normalement, il y a la présence des familles parce que l'après-midi est libre pour la visite aux malades. Toutes les fois qu'elle entre dans les chambres elle parle avec les patients et elle réalise d'autres activités simultanées. La communication personnelle entre les travailleurs et les patients est très importante pour transformer une ambiance adverse en un lieu plus familial, et pour contribuer, à l'adaptation du malade.

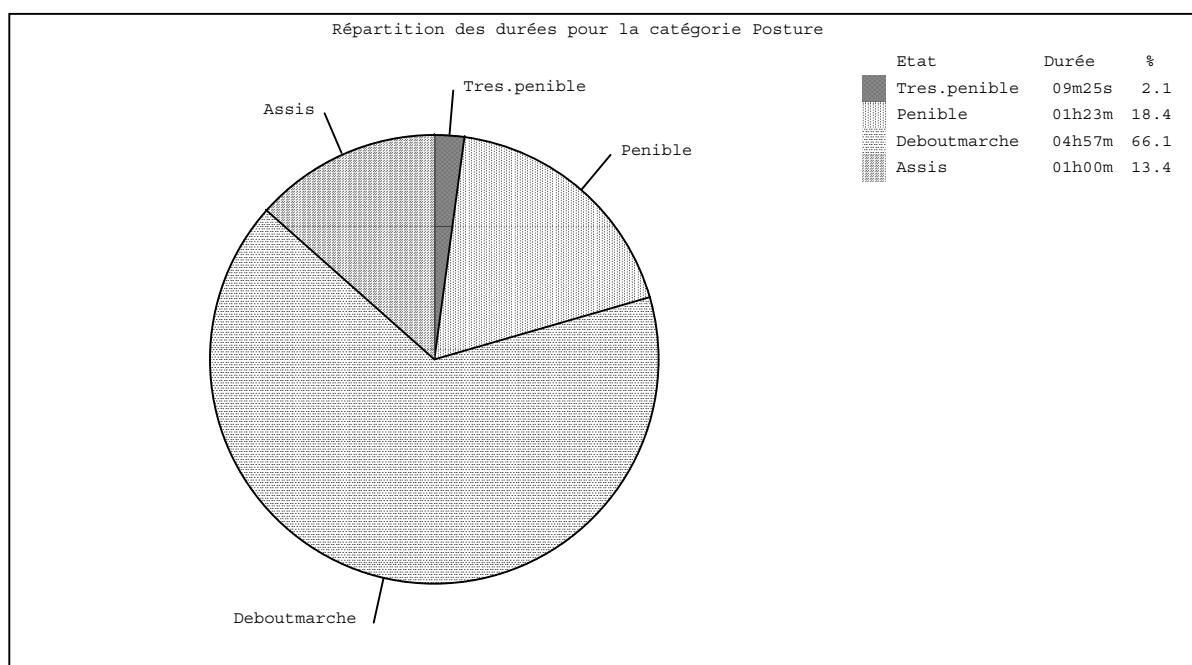
La transmission en début de poste est l'occasion d'un échange pluridisciplinaire, mais l'AS écoute surtout. Malheureusement parce que les échanges avec les malades permettent de recueillir des informations précieuses sur les désirs, les appréhensions et les faiblesses des patients. Ces informations sont très utiles pour bâtir le projet thérapeutique de ces personnes à leur sortie de l'hôpital, mais il est regrettable que ces épisodes de relation riches soient peu valorisés. La fin de la journée est très fatigante, et les contraintes familiales ne

permettent pas de dépasser son horaire de travail normal pour. De ce fait que ce moment, trop court officiellement, manque de valorisation. De plus, il y a eu une sonnette pendant la transmission avec l'équipe de nuit. Finalement, l'AS est partie à 21h36 au lieu des 21 heures de fin officielle de son poste.

Elle utilise informellement le repas personnel et les deux autres pauses pour parler des patients ce qui montre aussi sa préoccupation et son respect.

Elle se concerte avec ses collègues de même grade (AS, élève AS), mais aussi avec l'infirmière dans le cadre des échanges collectifs. L'équipe d'après-midi fonctionne comme une vraie équipe pluridisciplinaire associant IDE et AS sans hiérarchie ou corporatisme. Quand nous regardons le tableau des présences simultanées, on visualise la présence majoritaire de 3 personnes ou plus dans les lieux où se trouve l'AS observée.

### Répartition du temps dans les différentes postures de travail:

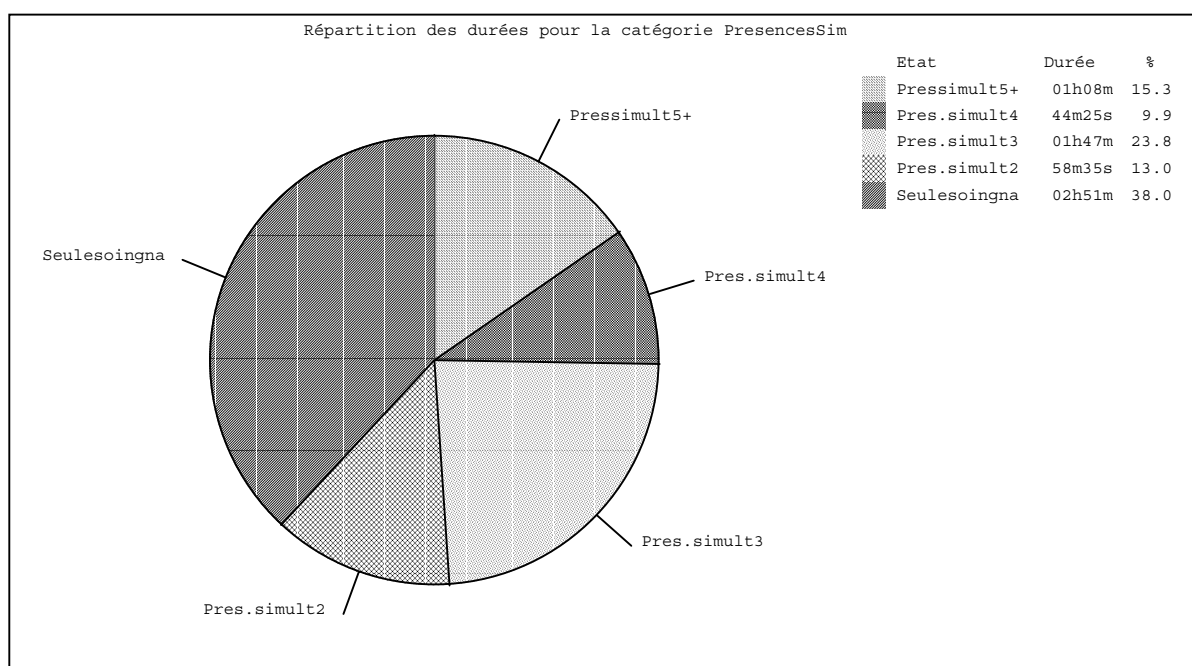


La durée des posture très pénibles ( accroupie, bras en l'air ou très penchée) prises par l'aide-soignante est relativement faible 2,1 %. S'y ajoute 18,4% temps passé en posture pénible. Mais le nombre de posture pénibles est élevé (132).

Le risque de troubles musculo squelettiques est important. Par contre toute la journée elle reste debout et marche très vite pour faire tout son travail. L'ensemble est très fatigant.

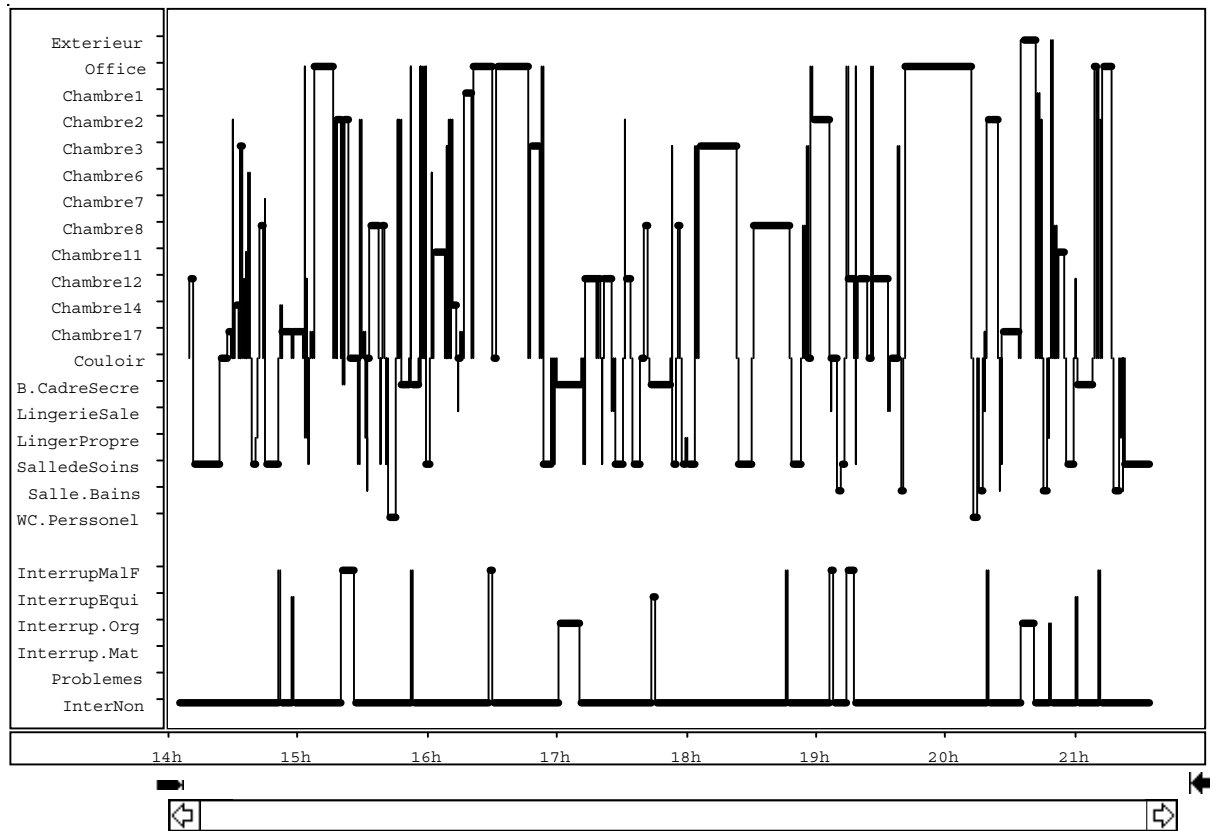
La quasi totalité du temps où l'AS reste assise, c'est pour s'alimenter, et aussi pour s'occuper du travail de secrétaire.

### Répartition de durées pour la présence



La minorité de son temps elle reste seule (38%). Par contre pendant 62% elle reste avec d'autres collègues, AS et IDE, dont 25,2 % avec 4 personnes ou plus.

## Graphique de distribution de Lieux e Interruption

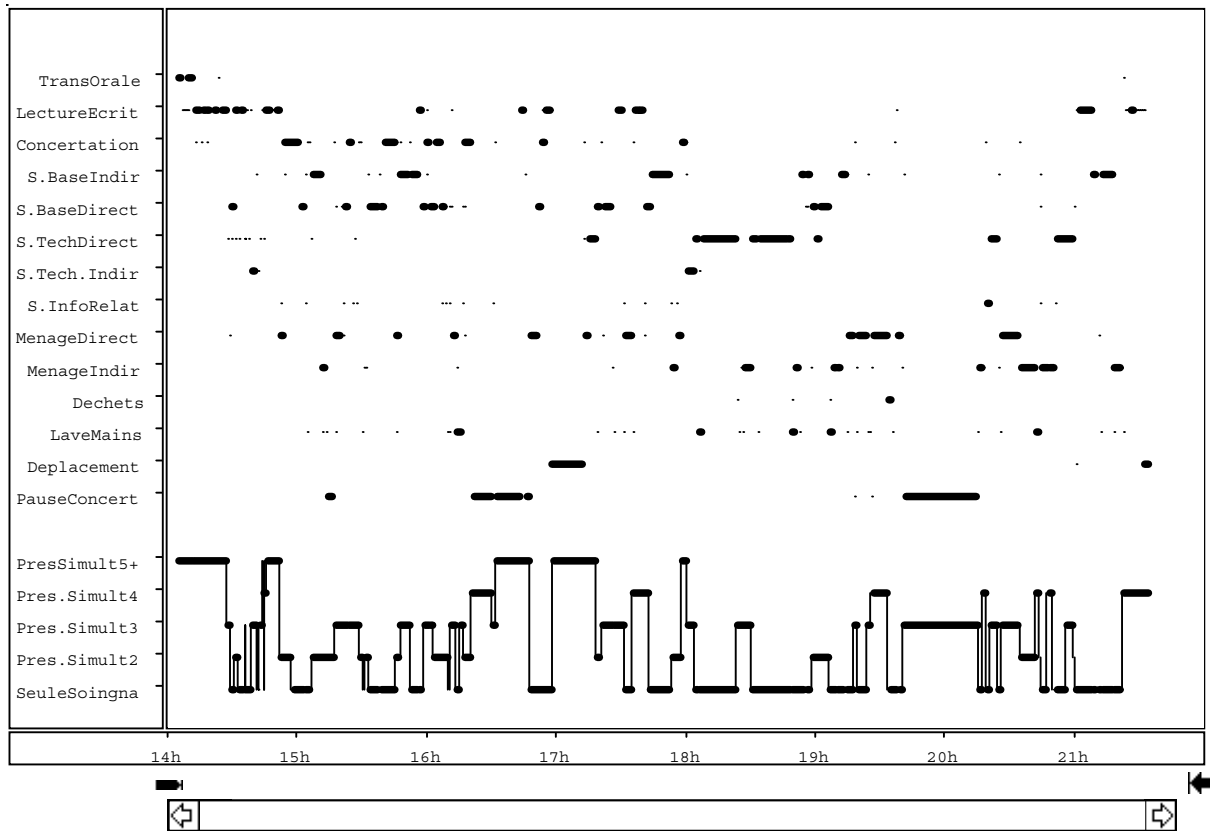


L'interruptions a été occurrir de forme distribue par tout la journée de travail.

La majorité a été demande pour les malades e sa famille patientes. Quatre interruptions a été occurrent dans les chambres de malade et demande de arrête l'activité en cours ;Déplacement de lit pour faire une activité avec le malade, oublier matériel, change de curative de malade e de lit ,demande de sonnette pour retire récipient parce que le patient a fait pipi.

La plus grande interruption a été pour question organisationnel , inclusion de nome de patiente dans ordinateur .Les autres sont pour faire orientation de stagiaire de AS sur routines de travail e pour se débarrasse de déchets dans l'extérieur.

### Graphique de distribution Activité et Présence Simultané



L'activité de techniques de base directe normalement a été réalisée seule. Un exemple est les soins pré-opératoires de rasage. Est possible regarder que l'activité de pause concertation tout fois a été réalisée ensemble autres personnes. Cette situation peut être observée pour l'importance sociale du repas, pendant les deux périodes de plus temps a été associées, le lunch de après-midi et le déjeuner.

L'activité de lecture et de écriture a été réalisée normalement en présence de l'autres collègues, pendant les heures de transmission. Possiblement c'est une forme de utiliser meilleur le temps a destiné a cet moment. une fois que rien ou peut être rien le est demandé.

Pour sa est très important faire la discussion avec la équipe d'importance de tourner cet moment vraiment collective pour améliorer les informations sur les malades et les soins a lui.

## **ANEXOS**

**Anexo A:** Lei que Regulamenta o Exercício da Enfermagem



# DECRETO Nº 94.406, de 08 de junho de 1987

## Regulamenta a Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o art. 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 25 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986,

### DECRETA:

Art. 1º - O exercício da atividade de enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Pareiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva Região.

Art. 2º - As instituições e serviços de saúde incluído a atividade de enfermagem no seu planejamento e programação.

Art. 3º - A prescrição da assistência de enfermagem é parte integrante do programa de enfermagem.

Art. 4º - São Enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos itens anteriores, obtiveram título de Enfermagem conforme o disposto na letra "d" do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 5º - São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 6º - São Auxiliares de Enfermagem:

I - o titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei, e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o item III do art. 2º da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV - o titular do certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congêneres da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação nos termos do Decreto nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro segundo as leis dos países, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 7º - São Pareiros:

I - o titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - o titular do diploma ou certificado de Pareiro, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil até 26 de junho de 1988, como certificado de Pareiro.

Art. 8º - Ao Enfermeiro incumbe:

I - privativamente:

a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviços e de unidade de enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;

d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

e) consulta de enfermagem;

f) prescrição da assistência de enfermagem;

g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante de equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;

f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;

g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;

h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;

i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia;

m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;

n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;

o) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;

q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;

r) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º - Às profissionais titulares de diploma ou certificados de obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;

II - identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

III - realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 10 - O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I - assistir ao Enfermeiro:

a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;

b) na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;

c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;

d) na prevenção e no controle sistêmico da infecção hospitalar;

e) na prevenção e controle sistêmico de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;

f) na execução dos programas referidos nas letras "i" e "o" do item II do art. 8º.

II - executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto;

III - integrar a equipe de saúde.

Art. 11 - O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I - preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, tais como:

a) administrar medicamentos por via oral e parenteral;

b) realizar controle hidríco;

c) fazer curativos;

d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclistma, enema e calor ou frio;

e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;

f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;

g) realizar teste e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;

h) colher material para exames laboratoriais;

i) prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios;

j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;

l) executar atividades de desinfecção e esterilização;

IV - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;

b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidades de saúde;

V - integrar a equipe de saúde;

VI - participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicos;

b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII - executar os trabalhos de rotina vinculadas à alta de pacientes;

VIII - participar dos procedimentos pós-morte.

Art. 12 - Ao Parteiro incumbe:

I - prestar cuidados à gestante e à parturiente;

II - assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e

III - cuidar da puérpera e do recém-nascido.

Parágrafo único - As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de Enfermeiro Obstetra, quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

Art. 13 - As atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro.

Art. 14 - Incumbe a todo o pessoal de enfermagem:

I - cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia da Enfermagem;

II - quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem, para fins estatísticos.

Art. 15 - Na administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios será exigida como condição essencial para provimento de cargos e funções e contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, a prova de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Parágrafo único - Os órgãos e entidades compreendidos neste artigo promoverão, em articulação com o Conselho Federal de Enfermagem, as medidas necessárias à adaptação das situações já existentes com as disposições deste Decreto, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 16 - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17 - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 08 de junho de 1987; 166º da Independência e 99º da República.

JOSÉ SARNEY

Eros Antonio de Almeida

Decreto Nº 50.367, de 28 de março de 1961, está em vigor nos aspectos não revogados por legislação posterior.

# LEI Nº 8.967, de 28 de dezembro de 1994

*Altera a redação do parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.*

## O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - O parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 23 .....

Parágrafo único. É assegurado aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência desta Lei, o exercício das atividades elementares, observando o disposto em seu artigo 15º.

Art. 2º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1994; 173º da Independência e 106º da República.

ITAMAR FRANCO

Marcelo Pimentel

## RESOLUÇÃO/COFEN N° 186, DE 20 DE JULHO DE 1995

*Dispõe sobre a definição e especificação das atividades elementares de enfermagem executadas pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei.*

O Conselho Federal de Enfermagem, no uso de sua competência legal e regimental, **CONSIDERANDO** o disposto no "CAPUT" do art. 23 da Lei n° 7.498/86;

**CONSIDERANDO** o artigo 1° da Lei n° 8.967/94;

**CONSIDERANDO** os subsídios emanados do Seminário Nacional organizado pelo COFEN, envolvendo todos os segmentos da Enfermagem Brasileira, nos dias 25 e 26 de abril de 1995;

**CONSIDERANDO** deliberação do Plenário do COFEN na sua 238ª Reunião Ordinária; e,

**CONSIDERANDO** o que demais consta no Processo Administrativo COFEN n° 33/95,

### RESOLVE:

Art. 1° - São considerados atividades elementares de enfermagem aquelas atividades que compreendem ações de fácil execução e entendimento, baseadas em saberes simples, sem requererem conhecimento científico, adquiridas por meio de treinamento e/ou da prática; requerem destreza manual, se restringem a situações de rotina e de repetição, não envolvem cuidados diretos ao paciente, não colocam em risco a comunidade, o ambiente e/ou a saúde do executante, mas contribuem para que a assistência de enfermagem seja mais eficiente.

Art. 2° - As atividades elementares de enfermagem, executadas pelo atendente de enfermagem e assemelhados, são as seguintes:

I - Relacionadas com a higiene e conforto do cliente:

a) preparar leitos desocupados.

II - Relacionadas com o transporte do cliente:

a) Auxiliar a equipe de enfermagem no transporte de clientes de baixo risco.

b) Preparar macas e cadeiras de rodas.

III - Relacionadas com a organização do ambiente:

a) Arrumar, manter limpo e em ordem o ambiente de trabalho.

b) Colaborar com a equipe de enfermagem, na limpeza e ordem da unidade do paciente.

c) Buscar, receber, conferir, distribuir e/ou guardar o material proveniente do centro de material.

d) Receber, conferir, guardar e distribuir a roupa vinda da lavanderia.

e) Zelar pela conservação e manutenção da Unidade, comunicando ao enfermeiro os problemas existentes.

f) Auxiliar em rotinas administrativas do serviço de enfermagem.

IV - Relacionadas com consultas, exames ou tratamentos:

a) Levar aos serviços de diagnóstico e tratamento, o material e os pedidos de exames complementares e tratamentos.

**COREN-SC EM BUSCA DA CONSCIENTIZAÇÃO**

tórios.

- b) Receber e conferir os prontuários do setor competente e distribuí-los nos consultórios.
- c) Agendar consultas, tratamentos e exames, chamar e encaminhar clientes.
- d) Preparar mesas de exames.

V - Relacionadas com o óbito:

- a) Ajudar na preparação do corpo após o óbito.

Art. 3° - Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 4° - Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura, revogando as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 20 de julho de 1995.

RUTH MIRANDA DE C. LEIFERT  
COREN - SP - 1.104  
PRIMEIRA SECRETÁRIA

GILBERTO LINHARES TEIXEIRA  
COREN - RJ - 2.380  
PRESIDENTE

**COREN-SC EM BUSCA DA CONSCIENTIZAÇÃO**

## **Anexo B: Parâmetros para avaliar o PNHAH**

Fonte: Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – [www.humaniza.org.br](http://www.humaniza.org.br)

A) Parâmetros para humanização do atendimento dos usuários:

\* Condições de acesso e prestação dos serviços:

1. Sistema de marcação de consultas
2. Tempo de espera para atendimento
3. Acesso de acompanhantes e visitas
4. Sistema de internação
5. Sistema de marcação, realização e resultados de exames

\* Qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital:

1. Adequação/criação de áreas de espera
2. Sinalização das áreas e serviços do hospital
3. Instalações físicas e aparência do hospital
4. Equipamentos
5. Refeições
6. Meios para efetivação de queixas e sugestões
7. Espaço de recreação e convivência dos pacientes

\* Clareza das informações oferecidas aos usuários

1. Identificação dos profissionais
2. Informações aos familiares sobre o atendimento do usuário
3. Informações sobre prevenção de doenças e educação em saúde
4. Informações sobre outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade

\* Qualidade da relação entre usuários e profissionais

1. Eficiência, gentileza, interesse e atenção
2. Compreensão das necessidades dos usuários
3. Informações aos usuários, quanto a diagnóstico, tratamento e encaminhamento
4. Privacidade no atendimento

## B) Parâmetros para humanização do trabalho dos profissionais:

### \* **Gestão hospitalar e participação dos profissionais**

1. Oportunidades de discussão da qualidade dos serviços prestados
2. Oportunidades de discussão das dificuldades na execução do trabalho de atendimento aos usuários
3. Manutenção de mecanismos para captação de sugestões para a melhoria do trabalho
4. Oportunidades de reconhecimento e resolução de conflitos e divergências
5. Aplicação sistemática de normas de trabalho

### \* **Condições de trabalho na instituição**

1. Áreas de conforto
2. Segurança
3. Equipamentos e materiais
4. Higiene

### \* **Condições de apoio aos profissionais**

1. Transporte, estacionamento e condições de acesso ao hospital
2. Refeitório
3. Área de descanso e convivência
4. Atividades recreativas e/ou sociais
5. Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos profissionais
6. Cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional
7. Cursos ou treinamentos para melhoria da relação com os usuários

### \* **Qualidade da comunicação entre os profissionais**

1. Canais de informação e resolução de problemas e necessidades
2. Canais de informações oficiais da administração do hospital
3. Canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades

### \* **Relacionamento interpessoal no trabalho**

1. Confiança
2. Integração grupal
3. Cooperação

### \* **Valorização do trabalho e motivação profissional**

1. Respeito
2. Reconhecimento
3. Motivação
4. Realização
5. Satisfação

## **Anexo C: Parâmetros para Implantação da PNH**

Fonte: Política Nacional de Humanização – [www.humanizausus.br](http://www.humanizausus.br)

### **Na atenção básica**

- As equipes devem elaborar projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais
- Os serviços devem ter formas de acolhimento e inclusão da clientela que promovam o final das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema
- As práticas terapêuticas devem promover resolução, diminuição de consumo de medicamentos e fortalecimento das relações entre equipe e usuários
- Os serviços devem ampliar a escuta entre equipe e a população, promovendo gestão participativa
- Os serviços devem ser agradáveis, respeitar a privacidade e promover a ambiência acolhedora.

Na urgência e emergência, nos PSs, PAs, APHs e outros

### **Os serviços devem:**

- Ter critérios de avaliação de risco, acolher e incluir toda a demanda
- Garantir resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e à transferência segura conforme a necessidade dos usuários
- Promover a identificação da equipe, acolher a rede social dos usuários e garantir toda informação necessária
- Ampliar a escuta entre a equipe e a população, promovendo gestão participativa
- Ser agradáveis, respeitar a privacidade e promover a ambiência acolhedora

### **Na atenção especializada**

#### **Os serviços devem:**

- Permitir agenda extraordinária em função de risco e critérios sociais
- Estar incluídos na rede assistencial, identificando de forma pública os critérios de acesso e efetivar os protocolos de referência e contra referência
- Otimizar o atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas e terapêuticas
- Ampliar a escuta entre a equipe e a população, promovendo gestão participativa
- Ser agradáveis, respeitar a privacidade e promover a ambiência acolhedora

Na atenção hospitalar

Neste âmbito, há três níveis de referência (C, B e A), como padrões para adesão à PNH:

#### **Exigências para o Nível C**

- Mecanismos básicos de escuta e participação dos usuários e funcionários
- Visita aberta e familiar participante
- Comitê local de humanização
- Equipe de referência (responsáveis pelo acompanhamento - com médico e enfermeiro), com agenda para atendimento da família (com horário definido)
- Garantia de continuidade de assistência com programa de referência e contra-referência

#### **Exigências para o Nível B**

- Ouvidoria
- Conselho gestor
- Visita aberta e familiar participante
- Comitê local de participação
- Equipe de referência (responsáveis pelo acompanhamento) com médico e enfermeiro
- Agenda da equipe de referência com horário definido para atendimento da família
- Garantia de continuidade de assistência com programa de referência e contra-referência
- Acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (PA / PS, ambulatório, SADTS)
- Plano de educação permanente com temas de humanização

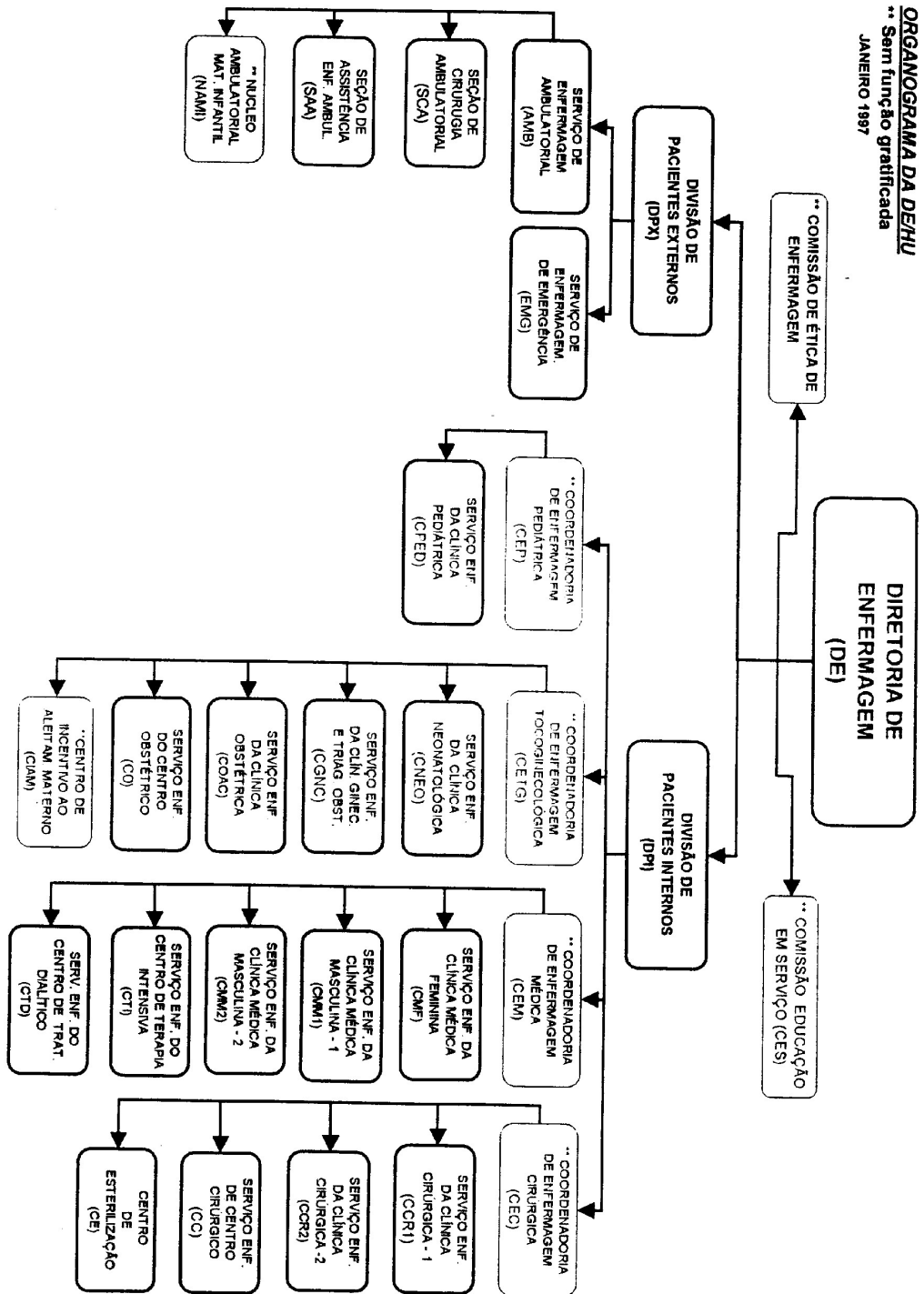
#### **Exigências para o Nível A**

- Ouvidoria
- Conselho gestor
- Visita aberta e familiar participante
- Equipe de Referência (responsáveis pelo acompanhamento) com médico e enfermeiro
- Agenda da equipe de referência com horário definido para atendimento da família
- Garantia de continuidade de assistência com programa de referência e contra-referência
- Acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (PA/PS, ambulatório, SADTS)
- Comitê local de humanização com Plano Diretor de Humanização;
- Equipe multiprofissional de assistência
- Inserção nos programas especiais do Ministério (quando couber)
- Núcleo de educação permanente articulado ao pólo de educação permanente de sua região



**Anexo D: Organograma Geral do Hospital**

**ORGANOGRAMA DA DE/HU**  
 \*\* Sem função gratificada  
 JANEIRO 1997



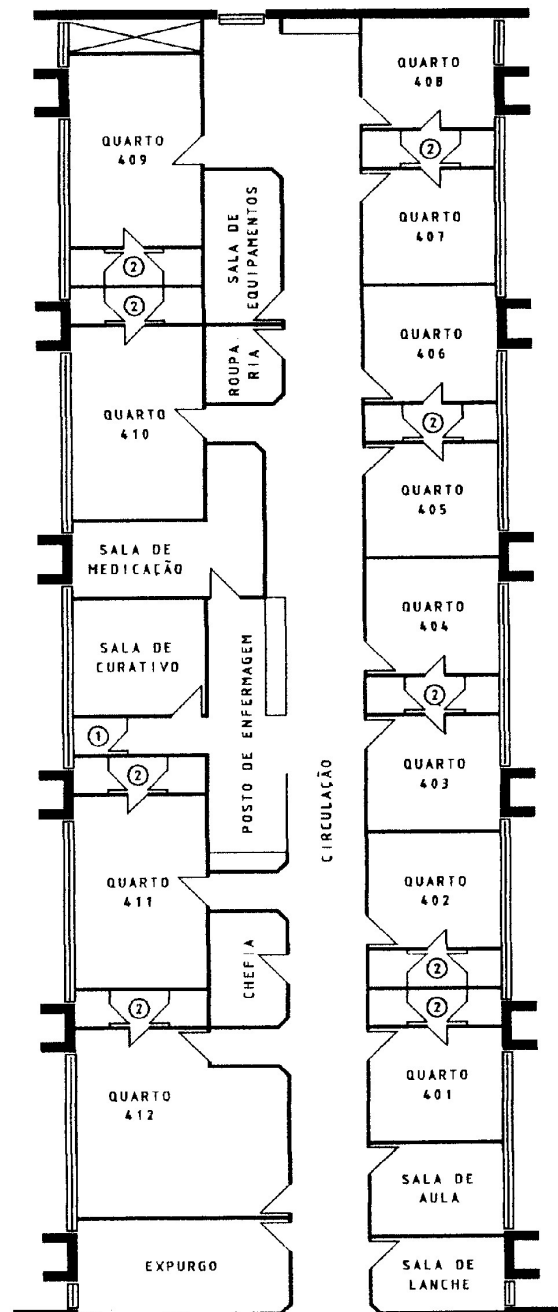
**Anexo E: Organograma da Enfermagem**



**Anexo F:** Leiaute das Clinicas Cirúrgicas I e II

# HU - CLÍNICA CIRÚRGICA I

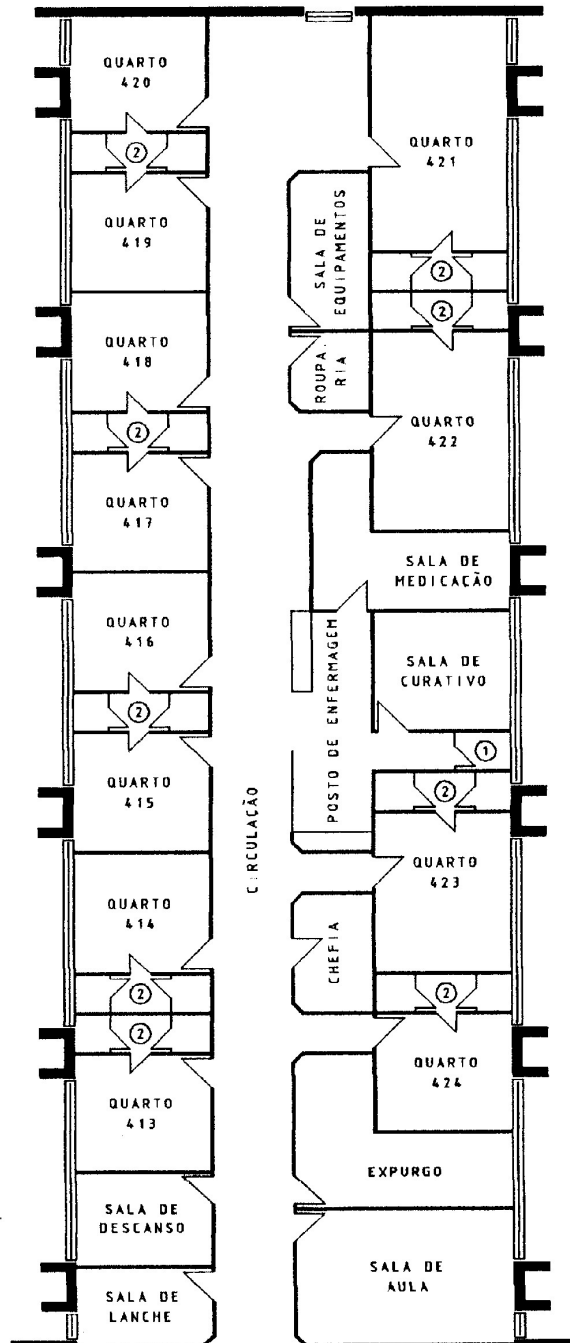
PLANTA BAIXA esc. 1:200



- ① WC FUNCIONÁRIOS  
② BANHEIROS PACIENTES

# HU - CLÍNICA CIRÚRGICA II

PLANTA BAIXA esc. 1:200



- ① WC FUNCIONÁRIOS
- ② BANHEIROS PACIENTES